

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Historie a současnost poruch příjmu potravy

(History and present of eating disorder)

Vedoucí práce: RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor: Lenka Matoušková, Dis.

Praha 2010

Anotace (v českém jazyce): V mé bakalářské práci jsem se zabývala poruchami příjmu potravy, jejich historií a současností. Toto téma jsem si zvolila záměrně pro jeho aktuálnost. Již v současné době je zřejmé, že počet lidí s touto poruchou bude narůstat, a proto je třeba se jím zabývat. V teoretické části jsem se zaměřila na vymezení pojmu mentální anorexie a mentální bulimie, jejich symptomy, následky a jejich léčbu. Vymezila jsem speciální léčebné metody. Logicky jsem v teoretické části poukázala na historii těchto poruch příjmu potravy. V praktické části jsem postupovala dle stejných kritérií- což je historie a současnost poruch příjmu potravy. Mezi 152 respondentek jsem rozdala dotazníky s otázkami, které se týkají této problematiky. Celkem jsem měla stanovené čtyři hypotézy. Výsledkem bylo, že dvě hypotézy se potvrdily, jedna hypotéza vyvrátila a jedna byla nerozhodná. Po dotazníku, druhou metodou v praktické části, byla kasuistika. Tuto kasuistiku jsem získala díky své praxi v K-centru. V přílohách mám například: manuál pro léčení anorektiček v psychiatrické klinice 1. UK na Praze 2, obrázky dívek, trpících mentální anorexií, organizacemi, které se zabývají léčbou poruch příjmu potravy a zpovědí dívky, která trpěla jak mentální anorexií, tak i mentální bulimií.

Klíčová slova: mentální anorexie, mentální bulimie, historie, současnost, léčba, následky poruch příjmu potravy, dotazník, kasuistika.

Summary: In my bachelors work I deal with eating disorders, their history and the situation in the present day. I deliberately chose this topic for its contemporary relevance. It is clear that the number of people with this disorder is increasing, and therefore the issue must be addressed. In the theoretical part, I focus on the definition of anorexia nervosa and bulimia nervosa, the symptoms, consequences and treatments. I have identified specialized treatment methods. I detailed the theoretical part of the history of eating disorders. In the practical part, I followed the same criteria, with the history and presence of eating disorders. I gave questionnaires to 152 respondents with questions related to this issue. I set out four hypotheses in total. The result was that the two hypotheses were confirmed, one hypothesis was refuted and one hypothesis was absolutely. After the questionnaire, the second method in the practical part is the case study, based on experience that I gained through my experience at the „K-Centre“. The annex I contains for example a manual for treating anorexia at the Charles University Psychiatric Clinic in Prague 2, pictures of girls suffering from anorexia nervosa, organizations that deal with the treatment of eating disorders and statements from a girl who suffered from both anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, history, present, treatment, consequences of eating disorders, questionnaire, case study

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále děkuji doc. PhDr. Miroslavě Váňové, CSc., která psala na mou bakalářskou práci oponentský posudek. A v neposlední řadě chci poděkovat respondentkám, které se zúčastnily šetření.

.....

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci: Historie a současnost poruch příjmu potravy, vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Oříkově 18.6.2010

.....

Jím proto, abych žil, nežiju proto, abych jedl.

Sokrates

Vaše potrava je lék.

Hippocrates

I. Obsah

II.	Úvod.....	9
III.	Teoretická část	10
1.	Historie poruch příjmu potravy.....	11
1.1.	Historie mentální anorexie	11
1.2.	Historie mentální bulimie	13
2.	Vymezení poruch příjmu potravy	15
2.1.	Definice mentální anorexie.....	15
2.2.	Definice mentální bulimie	15
2.3.	Průběh a prognóza poruch příjmu potravy	16
3.	Příčiny poruch příjmu potravy	17
3.1.	sociální příčiny	17
3.2.	Individuální příčiny	18
4.	Příznaky poruch příjmu potravy	20
4.1.	Příznaky mentální anorexie	20
4.2.	Projevy mentální anorexie	21
4.3.	Příznaky mentální bulimie.....	22
5.	Následky poruch příjmu potravy	23
5.1.	Následky mentální anorexie	23
5.2.	Následky mentální bulimie	23
6.	Léčba poruch příjmu potravy.....	24
6.1.	Klasický přístup.....	24
6.2.	Rodinná terapie.....	25

6.3.	Interpersonální terapie	25
6.4.	Kognitivně-behaviorální terapie	25
6.5.	Skupinová terapie	25
6.6.	Farmakoterapie	26
6.7.	Arteterapie	26
6.8.	Ergoterapie	26
6.9.	Hipoterapie	26
6.10.	Montreaux	26
6.11.	Gestalt terapie	27
6.12.	Terapie na všech úrovních	27
7.	Zásady stravování u poruch příjmu potravy	28
7.1.	Zásady stravování při mentální anorexii	28
7.2.	zásady stravování při mentální bulimii.....	28
8.	Co je rozumná váha ?.....	29
9.	Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy	30
10.	Vliv poruch výživy na duševní činnost.....	31
10.1.	Riziko vzniku mentální anorexie u dětí	31
10.2.	Vztah k tělesným rozměrům (body image) u dětí a dospívajících	31
10.3.	Mentální anorexie a bulimie je bio-psycho-sociálním onemocněním	32
11.	OSobnost a anorexie	33
11.1.	Perfekcionismus.....	33
11.2.	Sebekontrola a další formy disciplíny	34

11.3.	Zalíbit se	34
11.4.	Vnitřní méněcennost	34
IV.	PRAKTICKÁ ČÁST	35
12.	Šetření	36
12.1.	Problém šetření	36
12.2.	Cíle šetření	36
12.3.	Hypotézy šetření	37
12.4.	Charakteristika výběrového souboru	37
12.5.	Metody a metodika šetření.....	38
12.6.	Analýza výsledků šetření	39
12.7.	Závěr šetření	70
13.	Praxe.....	72
14.	Závěr	73
15.	SUMMARY:.....	74

Terminologie

Seznam použité literatury

Seznam příloh

Přílohy

II. Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou v mnoha směrech příznačným problémem současného světa. Jsou zjednodušenou a extrémní odpovědí na složitou otázku osobní spokojenosti, společenského úspěchu i zdraví.

Média nás obklopují krásnými těly. Televizní pořady, filmy, časopisy pro ženy i muže – všude se setkáváme s myšlenkou, že krásné, mladé ženské tělo je zárukou osobního štěstí. A bohužel: nejen zárukou, ale i podmínkou. Tato poselství jsou jak nepřímá tak přímá. Ve filmech ztvárňují sympatické charaktery hezcí lidé. Těm se také v jejich filmových životech daří zpravidla dobře, na rozdíl od jejich méně přitažlivých kolegů. A krása = štíhlost = úspěch. „Budete-li štíhlá, budou vás mít rádi. Budete-li štíhlá, budete šťastná.“ Jako filmové hrdinky, jako ty krásné ženy z reklamy, jako modelky.

Toto téma jsem si vybrala právě pro jeho aktuálnost. Dá se předpokládat, že počet nemocných mentální anorexií a bulimií ještě poroste a společnost se s tím bude muset vypořádat.

K výběru tohoto tématu dále přispěl i ten fakt, že v dnešní moderní době se najdou tací, kteří o této problematice nemají přehled, ne-li že o tom nevědí vůbec nic. Plno lidí v mém okolí tyto dvě, velmi časté a bez pochyby nebezpečné, nemoci zlehčují a neuvědomují si, jaká rizika s sebou nesou. Proto chci na tuto alarmující skutečnost touto cestou upozornit.

V teoretické části se zaměřím na dvě techniky šetření. První je výzkum zaměřený na míru informovanosti respondentek o poruchách příjmu potravy- příznaky, vymezení pojmů mentální anorexie a mentální bulimie a všeobecný přehled o historii a současnosti poruch příjmu potravy. Druhou technikou šetření byla kasuistika klientky K-centra, která trpěla anorexií a s níž jsem se setkala prostřednictvím praxe absolvované na VOŠ sociální a pedagogické.

III. Teoretická část

1. HISTORIE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

1.1. Historie mentální anorexie

1.1.1. MENTÁLNÍ ANOREXIE A DĚJINY ODMÍTÁNÍ POTRAVY

Odmítání jídla patřilo v průběhu dějin k běžným příznakům řady ochromujících somatických poruch, ale i k široké škále psychiatrických syndromů. Po řadu staletí však toto chování samo o sobě nebylo pokládáno za primárně patologický jev. Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí sebetrestajících nebo asketických praktik mnoha zbožných křesťanů. V pozdější době vyvolávalo dlouhodobé odmítání jídla, pokud ho nedoprovázely symptomy známých chorob, například tuberkulózy, spíše úvahy o nadpřirozených silách nebo o vlivu ďábla. Přehnané nebo nezvyklé formy odmítání jídla začaly být posléze pokládány za známku duševní poruchy.

1.1.2. VÝVOJ CHÁPÁNÍ MENTÁLNÍ ANOREXIE

Termín mentální anorexie (anorexia nervosa) implikuje, že porucha pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu. Odkazy a termín „anorexia“ lze najít již ve starověkých lékařských pramenech. V antických dobách termín anorexie jednoduše označoval stav „orexis“, to znamená celkové únavy, apatie. Galén, jedna z nejvýznamnějších postav medicíny té doby, používal tento termín v užším smyslu jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu.

Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám. Jak je zřejmé z celé řady lékařských disertací o anorexii, toto chápání se až do začátku moderní doby příliš nezměnilo. Třebaže tyto monografie nepomíjely emocionální faktory, soustřeďovaly se především na somatické příčiny, zejména na poruchy funkce žaludku. Žaludek je tak označován za původce všeho zla u anorexie v lékařských lexikonech známých nosologů osmnáctého století. Na počátku devatenáctého století byla anorexie stále ještě pokládána spíše za symptom některých žaludečních potíží než za vyhraněnou klinickou diagnózu.

V roce 1840 Fleury Imbert, prakticky neznámý francouzský fyziolog a frenolog, objevuje dva druhy anorexie: gastrickou anorexiu a nervovou anorexiu. První typ je především poruchou zažívání, zatímco u druhého typu anorexie pacienti odmítají jíst, protože mozek nevyvolává signál chuti k jídlu. Tato „nervová anorexie“ je provázena neurotickými změnami, jako je „změna naladění“, vyvolávající melancholii, hněv a úzkost. Imbertově práci se nedostalo žádné profesionální odezvy ze strany jeho vrstevníků, a zcela zapadla v análech lékařské historie. Ve Francii se od devadesátých let devatenáctého století mentální anorexie (anorexie mentale) stala běžně užívaným lékařským termínem. Byl to však britský lékař William Gull, který v roce 1874 úspěšně zavedl termín anorexia nervosa. Třebaže evidentně šlo o nesprávné pojmenování, během následujících sedmdesáti pěti let byla ztráta chuti k jídlu mylně pokládána za nezbytné kritérium tohoto syndromu.

1.1.3. VÝVOJ MENTÁLNÍ ANOREXIE JAKO DIAGNÓZY

Přestože mentální anorexie byla tak přesně popsána významnými lékařskými kapacitami, ani nadále jí nebyla věnována přílišná pozornost. I v zemích jejích dvou „objevitelů“ pařížský klinický lékař Ernest – Charles Lasègue a londýnský lékař Sir William Withey Gull, trvalo další desetiletí, než se odborný lékařský tisk začal o „nový“ syndrom více zajímat. Zpočátku byla mentální anorexie všeobecně považována za duševní poruchu. V roce 1914 však hamburský patolog Morris Simmonds objevil u některých vyhublých pacientů léze v podvěsku mozkovém a mentální anorexie začala být nerozlučně spojována se „Simmondsovou chorobou“. Ve čtyřicátých letech dvacátého století byla pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny mentální anorexie znovuoobjevena jako duševní porucha. Mentální anorexie se přesunula z učebnic interní medicíny do učednic psychiatrie a postupně se začal rýsovat její širší a komplexnější obraz. Od šedesátých let získává mentální anorexie pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby, především díky významným publikacím Hilde Bruchové a Mary Selvini Palazzoli. K původnímu klinickému obrazu mentální anorexie, jak jej popsali Lasègue a Gull, přibýly další dva podstatné rysy : neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla. V posledních desetiletích se ze vzácné a málo známé klinické entity stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s velkým zájmem.

1.2. Historie mentální bulimie

1.2.1. MENTÁLNÍ BULIMIE DĚJINY PŘEJÍDÁNÍ

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Na jarmarcích občas veřejnost obveselovali výjimeční jedlíci, kteří se předváděli vedle zrůd a dalších atrakcí. Necháme-li stranou tyto rarity, nadměrné přejídání existovalo v království medicíny od nepaměti.

1.2.2. VÝVOJ CHÁPÁNÍ BULIMIE

Podobně jako termín anorexie, má i pojem bulimie rozsáhlou vlastní historii. Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. Pozdější filologové však tvrdí, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad), a popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola. V tomto smyslu chorobného hladu by bylo možné vysledovat bulimii dokonce již v díle řeckého dramatika a básníka Timokla ve čtvrtém století před našim letopočtem. Pojem bulimie se však vztahoval i na slabost a mdloby způsobené hladem. V lékařských kruzích byla etiologie bulimie těsně spojena s dysfunkcí nebo abnormalitami zažívacího ústrojí. Různé významy a rozličná vysvětlení pojmu bulimie přetrvaly z dob antiky až do začátku moderní doby. Někteří nosologové osmnáctého století rozlišovali až sedm druhů bulimie. Čtyři z nich byly symptomatické a byly provázeny dalšími příznaky – cizopasníky, průjmem a křečemi. Primární „idiopatická“ bulimie byla rozdělována do tří kategorií: bulimia helluonum (nadměrný hlad), bulimia syncopalis (omdlévání z hladu) a bulimia emecita (prejídání se zvracením). Stále více byly brány v úvahu emocionální faktory jako například sklíčenost. Přesto však ještě ve dvacátém století považovali internisté zejména v Německu a ve Francii bulimii v první řadě za projev špatného zažívání. Teprve poměrně nedávno získala specifická forma bulimie široce uznávané psychiatrické diagnózy.

V roce 1979¹ britský psychiatr Gerald Russell poprvé použil termín bulimia nervosa, označující „silné a neovladatelné nutkání se přejídat“ ve spojení s „chorobným strachem ze ztloustnutí“ a vyhýbáním se „ztloustnutí jako následku jídla vyvolaným zvracením nebo zneužíváním pročišťujících prostředků nebo obojím“ u žen s normální tělesnou hmotností.

1.2.3. VÝVOJ MENTÁLNÍ BULIMIE JAKO DIAGNÓZY

Přejídání bývalo v minulosti někdy popisováno v souvislosti s anorexií a právě v tomto kontextu se poprvé objevila mentální bulimie jako klinická entita. Už v roce 1874 popsal Gull v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky a také Lasegue zaznamenal záchvaty přejídání u patientek zotavujících se z anorexie. Na počátku sedmdesátých let byla identifikována relevantní skupina symptomů, odlišná od klinicky dobře popsaného obrazu mentální anorexie a obezity. Začaly se množit klinické případy žen, které se přecpávaly, ale přitom dokázaly udržet svoji hmotnost v mezích normy prostřednictvím zvracení, projímadel, diuretik nebo neustálým držením diety. Objevila se celá řada návrhů – dysorexie, bulimarexie, syndrom štíhlosti – tloušťka, syndrom přejídání a pročišťování, syndrom dietního chaosu. Dodnes však přetrvávají spory o tom, zda je mentální bulimie skutečně samostatnou klinickou diagnózou.

¹ Krch, D. F.: **Poruchy příjmu potravy**. 1. vyd., Praha, Grada publishing 1999, ISBN 80-7169-627-7, strana 30

2. VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

2.1. Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je ² porucha charakterizována zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.

Specifické typy:

Nebulimický (restriktivní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Bulimický (purativní) typ: během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

2.2. Definice mentální bulimie

Mentální bulimie je ³ porucha charakterizována zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.

Specifické typy: Purgativní: provádí pravidelně zvracení, zneužívání laxativa nebo diuretika.

Nepurgativní: používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

² Krch, D. F.: **Poruchy příjmu potravy**. 1. vyd., Praha, Grada publishing 1999, ISBN 80-7169-627-7, strana 14

³ Krch, D. F.: **Poruchy příjmu potravy**. 1. vyd., Praha, Grada publishing 1999, ISBN 80-7169-627-7, strana 17

2.3. Průběh a prognóza poruch příjmu potravy

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13 až 20 let, mentální bulimie obvykle mezi 16 až 25 lety. Je ale možné se setkat s počátkem poruchy již po třináctém a výjimečně i po čtyřicátém roce věku. Obě poruchy se často rozvíjejí pomalu a nenápadně, „ztracené“ mezi dietami vrstevníků a nevhodnými jídelními návyky rodiny. Jídelní postoje a chování nemocného se krok ta krokem mění a graduje ve své nepřiměřenosti, nepřizpůsobivosti a extrémnosti. Mentální anorexie a bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo velmi dlouhodobým průběhem, či ve formě epizod po mnoha letech se opakující. Můžeme předpokládat, že průběh mentální bulimie, i přes často velmi trýznivé a dramatické akutní období, je ve srovnání s anorexií dlouhodobě příznivější, a že u většiny pacientů dojde k uzdravení.

Po dosti dlouhou dobu je dívka schopna anorexií tajit a tedy i léčbu odmítat, ve svém izolovaném světě je spokojená. Motivace k léčbě i symptomatika se však v průběhu onemocnění vyvíjejí. Původní symptomy vedou k rozvoji široké škály problémů somatických a neuroendokrinních. K psychologickým problémům pak patří omezování zájmů na diety, vaření a krmení druhých, obsedantní systém pravidel a rituálů týkající se diet a cvičení, poruch koncentrace a kognitivních funkcí, černo-bílé myšlení, nedůvěra v sebe i v ostatní, deprese a anxieta.

3. PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Stejně jako při jiných formách manického postoje k jídlu existují také pro vznik poruch příjmu potravy individuální a sociální příčiny. Zřejmě teprve tehdy, když na mladého člověka spolupůsobí více činitelů, může propuknout akutní náruživá snaha zhubnout.

3.1. sociální příčiny

Mezi četnými sociálními vlivy, které dnes působí na děti a mladistvé, hrají u mentální anorexie důležitou úlohu tyto:

3.1.1. NADBYTEK POTRAVIN

Podporuje přirozeně především ty formy chorobné závislosti, které souvisejí s nadměrným jídlom. Podle individuálních podmínek to ale také může vést k pravému opaku, to je k odmítání potravy. Pro mnohé mentální anorektiky je typické, že před nadbytkem potravy kapitulují, a to tím způsobem, že už vůbec nic nejedí.

3.1.2. PŘEHNANÝ IDEÁL ŠTÍHLOSTI

Běžná představa o dobrém vzhledu, především ženy, je dosud nerozlučně spjata se štíhlostí, i když se také zde už pomalu rýsuje změna. To samo ale nevysvětluje, proč počet mentálních anorektiků tolik vzrostl. Všechny ženy podléhají tomuto přehnanému ideálu štíhlosti, ale jen málokterá se s tím ztotožní natolik, že u ní dojde k chorobné závislosti. Musí zde existovat ještě další faktory, které vedou k akutním poruchám postoje k jídlu. Ideál štíhlosti, prosazovaný ve společnosti, se však může stát určujícím směrem pro vztahy k jídlu, tedy naprogramovat mentální anorexii.

3.1.3. ZMĚNA V POJETÍ ÚLOHY ŽENY

Tradiční modelový obraz úlohy ženy už neplatí od doby, kdy jej emancipace odhalila jako nepřátelský ženám a motivovalo tím mnohé ženy k jeho odmítnutí. Ale nové pojetí její úlohy se dosud také ještě nedokázalo prosadit. Jistě, v osobních oblastech života najdou často dva lidé ve svých citových vztazích i bez vzoru takové uspořádání, které sice nezaručuje úplně rovnoprávné postavení ženě, ale přece jen oproti dřívějšímu, přináší podstatné zlepšení. Nedisponují ještě natolik partnerskými zkušenostmi, aby se z nich poučily, že přes všechny problémy a bez všeobecně akceptovaného vzoru, lze partnersky mezi sebou dobře vycházet. Proto se u nich rozvíjí negativní představy o úloze dospělé ženy v partnerském vztahu i ve společnosti a vyvolávají v nich strach a odpor. Podle okolností před tím utíkají do mentální anorexie jako výrazu svého zamítavého postoje.

3.2. Individuální příčiny

K individuálním příčinám, které podporují poruchy příjmu potravy, patří různé chybné psychické postoje postižených. Částečně vznikají již v dětství nesprávnou výchovou nebo negativními zkušenostmi v pozdějším životě, částečně se však vysvětlují výše popsányými sociálními příčinami, které vedou k mentální anorexii.

Mezi oběma druhy příčin jsou úzké vazby. Hlavní individuální příčiny mentální anorexie jsou podle dnešních znalostí následující:

3.2.1. PORUCHA VE VNÍMÁNÍ TĚLA

„Cítím se tak tlustá,“ stěžují si všechny anorektičky, i když jsou už silně vyhublé. Tento motiv uvádějí jako „rozumný“ důvod pro částečné nebo úplné odmítání potravy. Nic proti tomu nesvede odvolávání se na rozum. Dokonce, i když se tělesná hmotnost určí přesně až na

gramy a pak se srovná s obecně platnými váhovými tabulkami, nedá se tento negativní tělesný pocit překonat.

Pacientky na srovnání reagují odmítavě a domnívají se, že takové tabulky platí pro jiné osoby, a to ty, které se nedokáží zdržet jídla, ale pro ně přece ne (zde se tedy objevuje snaha o něco výjimečného). A dokonce i tehdy, když anorexie způsobila takové tělesné potíže, které se už nedají přehlédnout, nelze postižené přesvědčit o škodlivosti jejich postoje k jídlu. Právě ta okolnost, že přes veškeré potíže nemění pacienti svůj nenormální postoj k jídlu, posiluje v nich pocit nadřazenosti, který je důsledkem chorobné mysli.

3.2.2. ODPOR K DOSPÍVÁNÍ

Způsob života mnohých lidí může u mládeže vést k domněnce, že se nevyplatí být dospělí. Ta trocha svobod, která je s dospělostí spojená, je v představě mladých lidí spjata s tak četnými povinnostmi, že podle nich nezůstane žádná přednost, ale jen nevýhody. Zda dojde k takovému druhu negativního uvažování, závisí v první řadě na vzoru rodičů, k tomu pak přistupují jiné zkušenosti a pozorování. Navíc zde přirozeně hraje úlohu také strach mladistvých před vlastní zodpovědností, kterou by jako dospělí měli nést. Takový postoj se zhoršuje chybami ve výchově a už dříve zmiňovanými sociálními faktory.

4. PŘÍZNAKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

4.1. Příznaky mentální anorexie

- ✓ Dívka si bere menší porce jídla, menší talíř.
- ✓ Omezuje škálu jídel, odmítá některé potraviny.
- ✓ Zajímá se o vaření, sbírá recepty.
- ✓ Pečlivě žvýká.
- ✓ Odnáší si své jídlo do pokoje.
- ✓ Tělesná váha je pod normálem, ztráta více jak 15% tělesné hmotnosti (BMI nižší než 17,5).
- ✓ Restriktivní typ (nebulimický).
- ✓ Nejí, či velmi málo, cvičí, bere projímadla (diuretika).
- ✓ Purgativní typ (bulimický) – záchvaty přejídání kompenzované zvracením, projímadly.
- ✓ Ztráta menstruace.
- ✓ Strach ze ztloustnutí (přibírání na váze).
- ✓ Hyperaktivita, cvičení (i v pozdních nočních hodinách).
- ✓ Nízký tlak, závratě.
- ✓ Nesoustředěnost, podrážděnost, impulzivita, nespavost, deprese, plačtivost.
- ✓ Snadný vznik modřin, zimomřivost.
- ✓ Suchá našedlá pleť, lámání nehtů, poškozené vlasy.
- ✓ Denní příjem nižší než 1000 Kcal.
- ✓ Osoba trpí přesvědčením, že je tlustá, zkreslená představa o vlastním těle.
- ✓ Snížená citlivost v rukou i nohou, třas rukou.
- ✓ Nepravidelná srdeční činnost.
- ✓ Dehydratace, selhávání ledvin.
- ✓ Nižší tělesná teplota, špatné prokrvování končetin.
- ✓ Lehké zadýchávání.

⁴. internet: www.anorexie.czechian.net/NFS.htm

4.2. Projevy mentální anorexie

Primární: odmítání potravy či v případě nemožnosti odmítnout (nemoc je často tajná) následné vyvržení potravy, dalším projevem je extrémní sportování.

Sekundární:

- Metabolismus* (snížená hladina draslíku, edémy)
- Gastrointestinální trakt* (hypertrofie příslušných žláz, zácpa, záněty slinivky břišní)
- Kardiovaskulární systém* (hypotenze, srdeční arytmie)
- *Hematologické problémy* (anémie, trombocytopenie)
- Kožní* (praskající, suchá kůže)
- Plicní* (záněty plic- vdechnutím zvratků)
- Zubní* (zvýšená kazivost zubů)
- CNS* (atrofie mozku)
- Neurologické* (křeče, svalová slabost)
- Reprodukční* (amenorea).

Kromě fyzických problémů se zde objevují i **psychické**- pocit smutku, deprese, zoufalost.

Související jevy: Bulimie má s anorexií velmi těsný vztah- často jedna z těchto nemocí vede k té druhé. Dále se jedná o porušenou kontrolu impulzů- sklony k sebepoškozování, sebevražedné pokusy, alkoholismus, abusus drog, dále že sebevražda je druhým nejrozšířenějším důvodem úmrtí, hned po vyčerpání organismu.

4.3. Příznaky mentální bulimie

- ✓ Záchvaty přejídání následované dietou, zvracením, užíváním projímadel (diuretik), cvičením.
- ✓ Strach z tloušťky, že nedokáže přestat jíst.
- ✓ Deprese, odsuzování se po záchvatu, pocit viny.
- ✓ Nepravidelná menstruace.
- ✓ Zvýšená kazivost zubů.
- ✓ Výkyvy tělesné hmotnosti.
- ✓ Nateklé slinné žlázy.
- ✓ Závratě, bolesti v dutině břišní, nadýmání.
- ✓ Sebehodnocení je závislé na vzhledu, postavě.

Odchody po jídle na toaletu a dlouhá doba zde strávená.

5. NÁSLEDKY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

5.1. Následky mentální anorexie

- ✓ nehojící se infekce
- ✓ modřiny, snížená odolnost těla vůči poraněním, kosti jsou méně obaleny tukem, odvápnění kostí, osteoporóza
- ✓ nízká odolnost před chladným počasím, zimomřivost
- ✓ měkké ochlupení (má chránit místo tuku)
- ✓ nízký tlak
- ✓ nepravidelná srdeční činnost, selhání srdce, chudokrevnost, brachykardie, hypotenze, anémie
- ✓ dehydratace, selhání ledvin, rozvrácení minerálního metabolismu
- ✓ snížená tělesná teplota
- ✓ suchá zašedlá či zažloutlá plet'
- ✓ špatná kvalita vlasů (lámavé, suché)
- ✓ únava, poruchy spánku
- ✓ kazivost zubů
- ✓ špatná funkce střev
- ✓ nepravidelná menstruace či úplné vymizení, hrozba neplodnosti
- ✓ oslabení celkové imunity
- ✓ močové kameny, otoky nad ponožkami
- ✓ křeče, svalová slabost, bolesti hlavy

5.2. Následky mentální bulimie

- ✓ únava
- ✓ bolest v krku, zvrhovatěný jícen - hrozí protržení jícnu, kazivost zubů
- ✓ srdeční arytmie
- ✓ špatná plet', dehydratace, edém
- ✓ záněty slinných žláz
- ✓ bolesti břicha, zácpa, perforace žaludku

6. LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

6.1. Klasický přístup

Hospitalizace v nemocnici či jiném středisku pro poruchy příjmu potravy, která trvá kolem 2 měsíců. Uplatňuje se naučit pacientku správnému stravování a dodržování jídelníčku. Je poučena o následcích nejedení a nad každým jídlem bdí sestra. Ale nikdo není krmen násilím, pouze v případě, že se jedná o ohrožení života a metabolické a minerální rozvrácení, je pacientka vyživována umělou sondou. Úkolem je přibrat na určitou hranici a dokud pacientka nedosáhne oné váhy, může mít zakázané některé věci (vycházky, různé činnosti,...). Druh léčby se hlavně soustředí na tělo, ale používají se i formy psychoterapie, skupinové terapie, relaxační cvičení, arteterapie,....

Tato léčba je dobrá, ale ne vhodná pro každého. Nevýhodou je důraz na váhu a jídlo, na což pacientka myslí v této době nejvíce. Princip: nebudeš jíst – nepůjdeš na vycházku, se pro léčení mentální anorexie nehodí.

Například na Psychiatrické klinice v Praze používají pro lepší úspěch léčby, jakousi Terapeutickou smlouvu. Tato smlouva seznamuje klienty se zásadami terapeutického režimu na oddělení pro poruchy příjmu potravy (viz. Příloha 3.). Dalším pomocníkem a podmínkou při léčbě poruch příjmu potravy je založení a vedení deníku, do kterého si klienti zapisují vše, co je pro ně podstatné a důležité. Velkou pozornost věnují zejména svému vztahu k jídlu, vlastnímu vzhledu, tělesné hmotnosti a zdravotním obtížím. Dále pacienti používají při léčbě mentální anorexie a mentální bulimie dokumentaci, kterou vyplňují každý den ve vyhrazeném čase. Tato dokumentace se skládá z následujících formulářů: mé terapeutické cíle (viz. Příloha č. 4.), tabulka hodnocení důsledků mé anorexie/bulimie (viz. Příloha č. 5), současný stav mé motivace ke změně (viz. Příloha č. 6), tabulka analýzy a řešení mých problémů (viz. Příloha č. 7), Mezilidské vztahy (viz. Příloha č. 8), vnímání sebe sama (viz. Příloha č. 9).

6.2. Rodinná terapie

Na léčbě se podílí celá rodina. Pacientka už na svůj problém není sama a posezení s psychologem pomůže v mnoha věcech i rodičům. Pokud pacientka není v kritickém stavu, není hospitalizována. Rodinná terapie se hodí spíše pro pacientky, které žijí s rodiči.

6.3. Interpersonální terapie

Vztahová terapie, např. partneři. Jinak totéž, co rodinná terapie.

6.4. Kognitivně-behaviorální terapie

Určení racionalizovat a poznávat své pocity, které vedou k záchvatům přejídání a vyprazdňování. Vhodná u mentální bulimie. Účinky terapie jsou rychle viditelné. Tato terapie ale samotná nestačí k vyléčení sebe sama. Doporučuje se kombinovat s interpersonální terapií či ostatními terapiemi.

6.5. Skupinová terapie

Scházení více pacientů a konzultování problému a pocitů mezi sebou i přítomným psychologem. Doporučuje se při zotavování. Vhodnější pro bulimičky, které jsou komunikativnější a otevřenější. V jedné skupině by neměly být anorektičky i bulimičky a nemělo by docházet k výměnám informací o hubnutí, dietách či jiných návodech. Proto je nutné, aby skupina byla po celou dobu pod dozorem psychologa.

6.6. Farmakoterapie

Podávání léků. K léčbě anorexie ani bulimie nestačí, ale je dobrým podpůrným prostředkem. Jedná se o antidepresiva a léky zmírňující úzkost. Také sem můžeme zahrnout hormonální léčbu jako prevenci před osteoporózou.

6.7. Arteterapie

Jde o manuální práce – malování (vodovkami, temperami, pastelkami,..) na libovolné nebo určené téma. Je vhodná pro všechny tělesné a duševní nemoci.

6.8. Ergoterapie

Pracovní terapie. Od vyrábění papírových skládanek až po přesazování květin.

6.9. Hipoterapie

Zvířecí terapie. Významný je vztah člověka a zvířete, neboť se liší od vztahu mezi lidmi.

6.10. Montreaux

Neboli terapie podle Peggy Claudie – Piere. Vlastní metoda léčby v australské klinice. Probíhá hospitalizace, kde má každý pacient 24 hodin denně svého ošetřovatele, který se od svého svěřence téměř nehne. Ten má za úkol pacienta třeba 2 hodiny přemlouvát, aby snědl

trochu kaše, či ji nešel vyzvracet. Má za úkol ho rozptylovat a zahrnovat láskou. Pacienti tak postupně ztrácejí pocit méněcennosti.

6.11. Gestalt terapie

Založil ji Fritz Perls. Zaměřuje se na pocity člověka a má spíše zážitkový charakter. Vhodná pro otevřenější lidi a k léčbě úzkosti stavů: fobie, deprese, poruchy příjmu potravy,...

6.12. Terapie na všech úrovních

Při koordinaci léčby se přihlíží k somatickému i psychickému stavu, stupni zralosti jedince, motivaci k léčbě, někdy i sociálním podmínkám a dostupnosti jednotlivých léčebných programů. Neexistuje univerzální terapeutický program či metoda. Dívky jsou zprvu léčeny ambulantně, existují programy parciální hospitalizace v denních centrech a hospitalizace na specializovaných jednotkách. Hospitalizace je indikována při nebezpečí sebevraždy, při současném abúzu alkoholu a drog, u život ohrožujících somatických komplikací. Při propuštění je třeba doporučit dostatečně dlouhou adekvátní následnou péči. V posledních letech je v rámci komplexní terapie uplatňována psychoedukace, kognitivně-behaviorální terapie s užíváním svépomocných manuálů, interpersonální terapie, psychodynamické přístupy (motivační, kognitivně-analytická terapie a terapie skupin tvořených několika rodinami). Své místo by v komplexní léčbě měla mít i rodinná terapie a poradenství. Jsou zvláště důležité u mladších adolescentů a dětí. Psychofarmakoterapie je užívána na empirickém podkladě, žádná zatím prokazatelně neovlivňuje nárůst váhy ani poruchy vnímání vlastního těla. Antidepresiva se indikují dívkám, u kterých deprese přetrvává i po zvyšování váhy. Malé dávky neuroleptik při výrazné agitovanosti a anxietě. Anxiolytika lze selektivně podávat před jídlem ke zmenšení anticipační úzkosti. Stále většího významu nabývají i svépomocné skupiny, které zabezpečují podporu anorektičkám i jejich rodinám. Mohou se podílet na primární prevenci (výchova ke zdravé výživě a nebezpečí diet) i sekundární prevenci (včasná pomoc postiženým).

7. ZÁSADY STRAVOVÁNÍ U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

7.1. Zásady stravování při mentální anorexii

Při onemocnění mentální anorexie je včasná realimentace velice důležitá. Neexistuje však universální postup jako při jiných onemocněních. Následující doporučení jsou určena pro ty, kteří mají poruchy příjmu potravy a není zapotřebí hospitalizace. Začíná se s postupnou realimentací. Je nutné postupovat krok po kroku. Během prvního týdne se postupně zvyšuje energetický příjem asi na 1200 Kcal (5000 KJ), v dalších týdnech by se měl dostat na 3000-4000 Kcal (12600-16800 KJ), abyste přibírali zhruba 0,5 až

1 kg týdně. Poté stačí přijímat denně asi 2000-3000 Kcal (8400-12600 KJ).

Extrémně vyhublé osoby by měly být realimentovány pod dohledem lékaře. Postupně by se mělo přidávat množství potravin a obohacovat jídelníček. Místo nízkotučných potravin se zařazují potraviny s větším obsahem tuku. Energetické nápoje se používají jako doplněk, pijí se mezi hlavními jídly, alespoň jednou denně. Nenahrazuje se jimi některé z denních jídel.

7.2. zásady stravování při mentální bulimii

Pro ty, kteří trpí bulimií platí, podobně jako u mentální anorexie, zásady správné výživy. Jíst 5x denně, pravidelně, nevynechávat žádné z jídel. Dlouhá pauza může vyvolat větší hlad a tak se pak při následujícím jídle snadno přejí. Musí se vyvarovat drobnému uždibování během dne. Nejíst sami, lépe jíst společně s další osobou. Nemít doma větší zásoby jídla. Denní energetický příjem by měl být normální, odpovídající věku, výšce a hmotnosti. Opět je nutné přistupovat individuálně.

Pro přehlednost přikládám ukázkou správně sestaveného jídelníčku (viz. Příloha č. 10) a pro zajímavost ukázkou některých receptů (viz. Příloha č. 11).

8. CO JE ROZUMNÁ VÁHA ?

Když uvažujeme o zdravé váze, je nutné brát v úvahu i výšku. Z lékařského hlediska je nejlepší počítat tzv. body mass index (BMI) – index tělesné hmotnosti, což je váha v kilogramech dělená druhou mocninou výšky. Zdravé rozmezí je 20 – 25 BMI.

⁵ Definujeme-li zdravou váhu jako váhu, při níž je nejnižší úmrtnost, zjistíme, že norma se mění s věkem. Nejnižší úmrtnost je u BMI 19,5 pro ženy ve 20 letech a 27,3 kg/m² v 60letech.

Světová zdravotnická organizace stanovila pro anorexii hranici 17,5 BMI, je kritická hodnota, při které je třeba zvažovat hospitalizaci. V následující tabulce vidíte, že normální je široké váhové rozmezí. Nejzdravější lidé bývají v tomto rozmezí, protože hustota svalové hmoty je značná, těžší a hutnější než tuková tkáň. Jedním z důležitých faktorů ovlivňujících váhu a tělesnou skladbu je genetika. Někteří lidé se narodí s větší a silnější kostrou i svalovinou.

výška	155 cm	165 cm	175 cm
Normální rozmezí BMI 20- 25	44-59 Kg	50- 66 Kg	56- 75 Kg
Anorexia nervosa BMI menší než 17,5	42 Kg	48 Kg	53 Kg

⁵ Papežová, H.: *Anorexia nervosa*. 1. vyd., Praha, Psychiatrické centrum 2000,

9. PSYCHOANALYTICKÝ PŘÍSTUP K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY

Základní východiska psychoanalytického myšlení vycházejí z hypotézy, že prožívání a chování člověka závisí na nevědomých procesech mysli, které ovlivňují lidské chování a prožívání ve zdraví i v nemoci.

Psychoanalytické hypotézy vztahující se k poruchám příjmu potravy odrážejí vývoj psychoanalytických teorií a specifická východiska jednotlivých modelů psychoanalytického myšlení. Tyto teorie se shodují v tom, že kořeny patologie u pacientek s poruchami příjmu potravy leží již v raném dětství, jsou podmíněny vztahy s důležitými osobami (primárně s matkou).

Psychoanalytický přístup se snažil vyrovnat i s rozdílností mentálně anorektické a mentálně bulimické patologie. Oba syndromy jsou považovány za obrácenou stranu téže mince. Zatímco anorektické pacientky mají typické obsedantní rysy spojené s rigidním super egem, u mentálně bulimických pacientek nacházíme projevy zvýšené impulsivity a nedostatečně kontrolující super ego. Fakt, že u řady mentálně bulimických pacientek se může zjistit předchozí anorektické symptomy, vedl k úvaze, že základem jídelní patologie je prvotní intenzita hladu a chtivosti, zprvu zvládatelná obrannými mechanismy (například potlačení nebo popření), které postupně selhávají. V případě mentální bulimie bývá zdůrazňována přítomnost intenzivní nevědomé agrese k rodičovským představám, zejména k matce, která se projevuje zejména ve způsobu zacházení s jídlem a jeho znehodnocováním. Pacientky s poruchami příjmu potravy jsou obtížně léčitelné. Jejich symptomy sice destruuji jejich život, ale vzdát se jich znamená pro ně pravděpodobně něco horšího.

Psychoanalytický přístup k pacientům s poruchami příjmu potravy pomáhá porozumět hlubším příčinám onemocnění, včetně nevědomých souvislostí. Dynamika onemocnění připomíná pacienty s různými typy závislosti a projevuje se nevyřešenou ranou vazbou k primárnímu objektu. Důsledkem jsou vývojové problémy v oblasti objektivních vztahů, v narcistické patologii a sexuální identitě.

10. VLIV PORUCH VÝŽIVY NA DUŠEVNÍ ČINNOST

⁶ Složky chování a jednání člověka, které jsou spojeny s potravou, představují složitý, a proto i fragilní systém, v němž může dojít k poruchám na různých regulačních úrovních, v komunikaci mezi morfologickými a funkčními jednotkami. Navíc se jedná o dynamický systém, otevřený vůči vnějším podnětům, který se neustále vyvíjí, podléhá změnám v čase i v závislosti na biologickém programu životního běhu individua. Současné zkušenosti s poruchami příjmu potravy ukazují, že se mění časování jejich nástupu, některé jejich projevy v souvislosti s aktuálně probíhajícími procesy, kulturními a dalšími ději. Kauzalita mnohých typů poruch výživy je multifaktoriální. Poruchy výživy mohou mít jiný dopad na psychiku zdravého, normálního jedince nebo na tělesně či duševně nemocného člověka. Ke všem poruchám by se mělo přistupovat i z ontogenetického hlediska, protože nevhodná výživa může vyvolat odlišné reakce u vyvíjejícího se organismu, u dospělého člověka nebo i u seniora.

10.1. Riziko vzniku mentální anorexie u dětí

Nástup mentální anorexie se většinou projevuje v klinické podobě v pubertě a adolescenci. Věk se stále snižuje, setkáváme se s ní u dětí základní školní docházky. Nyní se jako nejnížší věková hranice udává 6 až 7 let.

10.2. Vztah k tělesným rozměrům (body image) u dětí a dospívajících

Děti se učí od časněho věku, které tělesné rozměry jsou ve společnosti kladně hodnoceny a které odmítány. Kulturně koncipovaná ideální hmotnost a fyzický zjev přejímají již děti v předškolním věku. Brzy se naučí vnímat a hodnotit vlastní tělesné schéma a rozměry vrstevníků. Soudí se, že BI může být jednou z prvních charakteristik, které dítě začleňuje do

⁶ Fraňková, S., Dvořáková, V.: Psychologie výživy a sociální aspekty jídla.

svého self - konceptu. Studie, provedené v různých zemích, přinesly poměrně uniformní nálezy o narušeném vztahu k tělesným rozměrům u školních dětí. Studie BI a jeho vztahu k hmotnosti se zaměřovaly na školní věk. Zjistilo se, že už od čtvrtého roku života dovedou děti hodnotit svoje tělesné rozměry a kriticky posuzovat ostatní děti.

Ukazuje se, že je třeba učit děti od časného věku poznávat vlastní tělo, jeho rozměry, funkce i potřeby tak, aby byly psychicky připraveny na změny, ke kterým dochází v průběhu růstu i přestavby v pubertě. Děti mají chápat, že to, co se s jejich tělem děje, je normálním výrazem zákonitého procesu. Tím by se mohlo zabránit vývoji pokřiveného pohledu na tělesnou hmotnost a poruchám ve vnímání svého těla. Prevence mentální anorexie by měla začít již v předškolním věku.

10.3. Mentální anorexie a bulimie je bio-psycho-sociálním onemocněním

Bio – faktory zahrnují neznámou genetickou vložku pro hormonální nerovnováhu.

Psycho – faktory popisují nedostatečnou identifikaci s ženskou rolí, s matkou a zároveň odpor vůči její autoritě.

Sociální faktory se týkají především špatného hodnocení obezity společností a umělé vytváření „ideálu krásy“ reklamním průmyslem.

Případů mentální anorexie a mentální bulimie rychle přibývá.

11. OSOBNOST A ANOREXIE

Některé rysy osobnosti by mohly eventuelně zvýšit náchylnost ke vzniku anorexie. Všichni máme určité vzorce myšlení, cítění a chování, typické pro naši osobnost. S některými rysy se již narodíme, některé se vyvinou v dětství a také vrozený temperament jedince vzájemně působí s rysy rodinných příslušníků.

Existuje skupina lidských vlastností a představ, které jsou pro anorexii charakteristické. Jsou to perfekcionismus, potřeba dodržovat disciplínu a kontrolovat sebe i ostatní, touha ostatním se zalíbit a touha vnitřní dokonalosti.

11.1. Perfekcionismus

Chování dívek s anorexií odráží někdy přesvědčení, že všechna láska je podmíněná, že lásku si musí člověk vykoupit zvýšeným úsilím. Je třeba si ji zasloužit výborným chováním a skvělými výsledky i zevnějškem. Neschopnost dosáhnout dokonalosti povede k odmítnutí. Takové schéma může vést k nesmírné úctě k autoritám a citlivosti ke společenským požadavkům na štíhlost a zdravou dietu, nebo ke zdůrazňování čistotnosti a spořádanosti, nebo zvýšené potřebě akademického nebo pracovního úspěchu. Často se vyskytuje i černobílé myšlení. Události a myšlenky jsou buď jen dobré nebo špatné, existuje pouze úspěch nebo pád a v kulturním stereotypním pojetí ženy „svatá“ nebo „padlá“.

11.2. Sebekontrola a další formy disciplíny

Druhý, po anorexii typický způsob chování, se týká sebekontroly a disciplíny. Je to jako by vaše city, radosti a touhy byly nepřístupné a musely být drženy na uzdě. Jako byste měla uvnitř na hlídání dítě, které něco potřebuje, ale je spoutané, se zacpanými ústy, aby někomu neublížilo. Je třeba přísná kontrola, aby udržela pod pokličkou sobecké potřeby a přání. To přispívá k asketickému chování, vyskytujícímu se u anorexie často.

Bolestivé a stresující pocity patří k životu, i když mohou být velmi zraňující. Je dobré, když člověk zná způsob, jak je zvládat a tolerovat. Po uzdravení z anorexie je nutné rozvíjet nové schopnosti ke zvládání vlastních pocitů.

11.3. Zalíbit se

Chování směřující k tomu, abychom se zavděčili, líbili, vychází z pocitů vlastní méněcennosti nebo bezmocnosti a vede k zamaskování vnitřního pocitu špatnosti. Někdy se postižení chovají jako rohožky, po kterých druzí šlapou. V některých případech pocit bezmocnosti ve vztazích se může střídat s pocity nadřazenosti.

11.4. Vnitřní méněcennost

Jedno ze schémat, které může být skryto za touhou se zavděčit a být perfektní, je vnitřní přesvědčení, že něco ve mně je v nepořádku- „nikdo by mě neměl rád, kdyby věděl, jaká skutečně jsem“., „když mě mají lidé rádi, zdá se mi, že je klamu“.

IV. PRAKTICKÁ ČÁST

12. ŠETŘENÍ

V teoretické části jsem se zaměřila na poruchy příjmu potravy a to mentální anorexii a mentální bulimii. Přistoupila jsme k těmto poruchám z bio-psycho-sociálního pohledu.

V praktické části jsem se zaměřila více na mentální anorexii a jen okrajově na mentální bulimii. A také na jejich historický vývoj. Problematika mentální anorexie postihuje nejčastěji jedince ve věkovém rozmezí 13-20 let, tato věková hranice je mi blízká. Mentální bulimie postihuje starší jedince v rozmezí 16-25 let.

12.1. Problém šetření

Na základě teoretických poznatků a praktických zkušeností jsem si stanovila následující problém šetření:

Jaké je míra informovanosti o poruchách příjmu potravy u žen v rozmezí od 15 let – do důchodového věku?

12.2. Cíle šetření

Ve vztahu k problému šetření jsem si stanovila následující cíle:

1. Objektivizovat míru informovanosti u žen v různé věkové kategorii
2. Objektivizovat, jak ženy pohlíží na poruchy příjmu potravy v historii a současnosti
3. Zkoumat informovanost žen o chování anorektičky/anorektika.
4. Zkoumat informovanost žen o zdravotním stavu a následcích anorektičky/anorektika

12.3. Hypotézy šetření

Ve vztahu k uvedeným cílům a k výzkumnému problému jsem si stanovila následující hypotézy:

H1- Předpokládám, že více bude informována o poruchách příjmu potravy dnešní mladá generace dívek.

H2 Předpokládám, že dnešní mladá generace nebude mít dostatečný přehled o historickém vývoji poruch příjmu potravy.

H3 Předpokládám, že dnešní mladá generace a ženy do středního věku budou mít větší znalost o zdravotních následcích poruch příjmu potravy, než-li ženy ve starším a důchodovém věku.

H4 Předpokládám, že veškeré respondentky budou volit nejideálnější postavu ženy v současnosti.

12.4. Charakteristika výběrového souboru

Můj výběrový soubor tvořilo 152 respondentek. Respondentky byly různého věku a různého zaměstnání. Dále také studentky a ženy v důchodovém věku.

Studenti GaSOŠE Sedlčany (dále jen GS)

Pedagogové GaSOŠE Sedlčany (dále jen Ped)

Rodinní příslušníci (dále jen RP)

Zaměstnanci firmy M. Matoušková (dále jen FM)

Návštěvníci večerních kurzů informatiky (dále jen K)

Domov důchodců Sedlčany (dále jen DDS)

Domov důchodců Benešov (dále jen DDB)

12.5. Metody a metodika šetření

Vzhledem k vybranému tématu a velkému počtu respondentů, kteří jsou nezbytně nutní pro co nejobjektivnější výsledky, jsem zvolila metodu dotazníku (viz. příloha č.1). Dotazník se skládá z 18 otázek a byl předložen 152 respondentům. Jednalo se o ženy z DDS, DDB, K, GS, Ped, FM, RP. Ženám byl předložen dotazník, jehož návratnost byla 100%. V dotazníku jsem použila nejvíce uzavřených otázek, také polootevřené a otevřené. Dotazníky byly anonymní. Případné nejasnosti ohledně vyplňování dotazníku jsem zodpověděla respondentkám osobně.

Struktura respondentů byla následující:

GS- 60 dívek, ve věku 15-25 let

Ped- 19 žen, ve věku 26-40 a 41-55

K- 20 žen, ve věku 41-55 let

FM- 13 žen, ve věku 26-40 a 41-55

RP- 15 žen, ve věku 26-40

DDS- 10 žen, ve věku 56- více

DDB- 15 žen, ve věku 56 a více

Celkem se tedy zúčastnilo 152 respondentek.

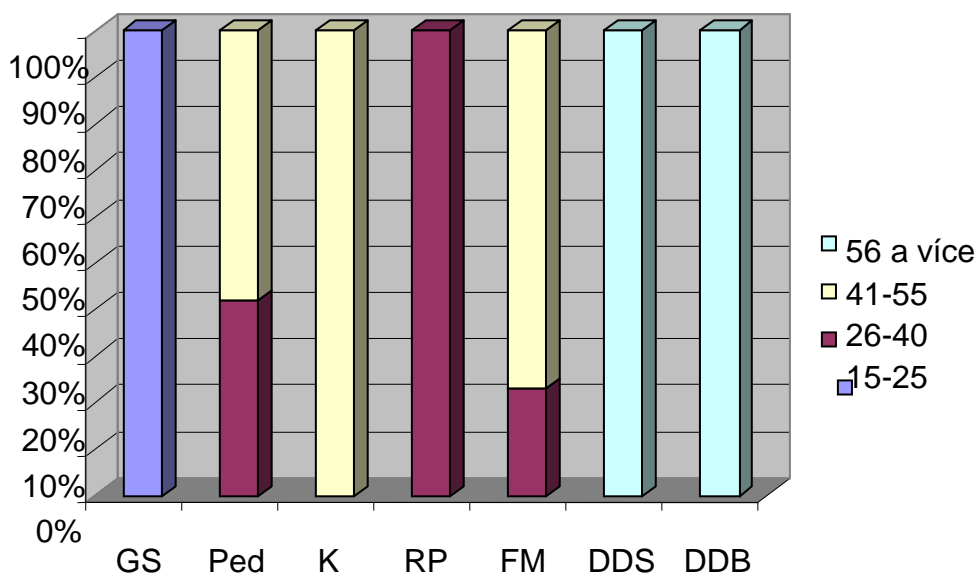
12.6. Analýza výsledků šetření

Otázka č.1

Jaký je Váš věk?

věk	15-25	26-40	41-55	56 a více
GS	60			
Ped		8	11	
K			20	
RP		15		
FM		3	10	
DDS				10
DDB				15

Graf č.1



Nejmladší ženy se nacházely pochopitelně v GS. Nejstarší ženy v DDS a DDB.

Otázka č. 2

Víte co je mentální anorexie?

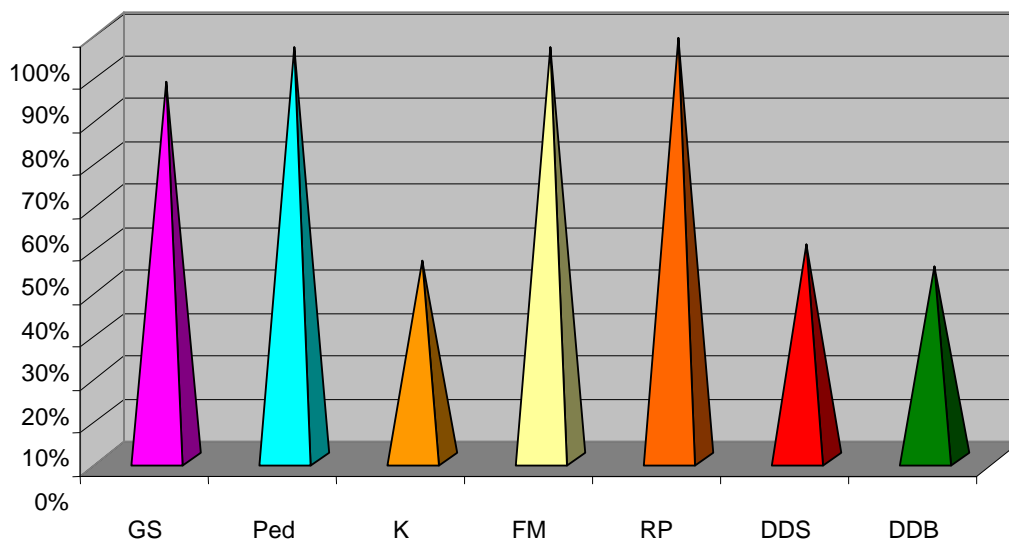
- a) porucha komunikace, b) onemocnění charakteristické opakujícími se záchvaty přejídání s následkem zvracením, c) onemocnění charakteristické bolestmi hlavy a zvracením, **d) onemocnění charakteristické úmyslným snižováním tělesné hmotnosti**

Tabulka č. 2

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	88%
Ped	96%
K	46%
FM	96%
RP	98%
DDS	50%
DDB	45%

Graf č.2



Otázku č. 2 nejlépe zodpověděly RP, Ped. a FM. Nejhůře odpovídaly DDS a DDB.

Otázka č.3a

Vyberte správné příznaky mentální anorexie

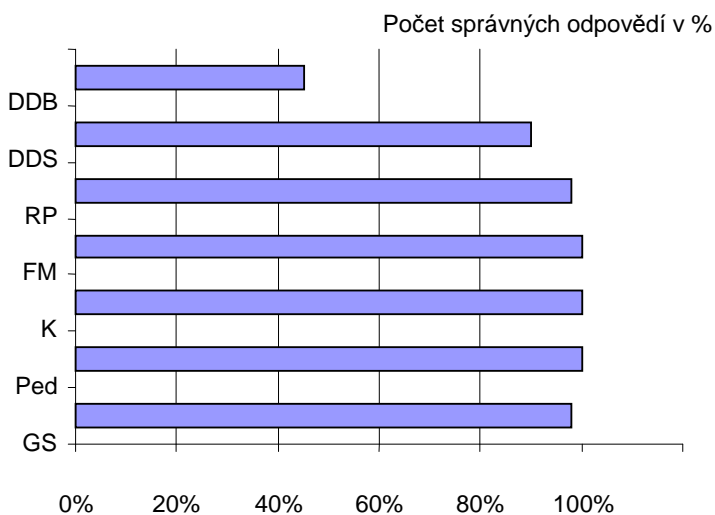
Tělesná váha je: a) **pod normálem**, b) zvýšená, c) normální

Tabulka č.3a

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	98%
Ped	100%
K	100%
FM	100%
RP	98%
DDS	90%
DDB	45%

Graf č. 3a



Tuto otázku zodpověděly nejlépe Ped, FM a K, kteří měli 100 % správných odpovědí.

Otázka č.3 b

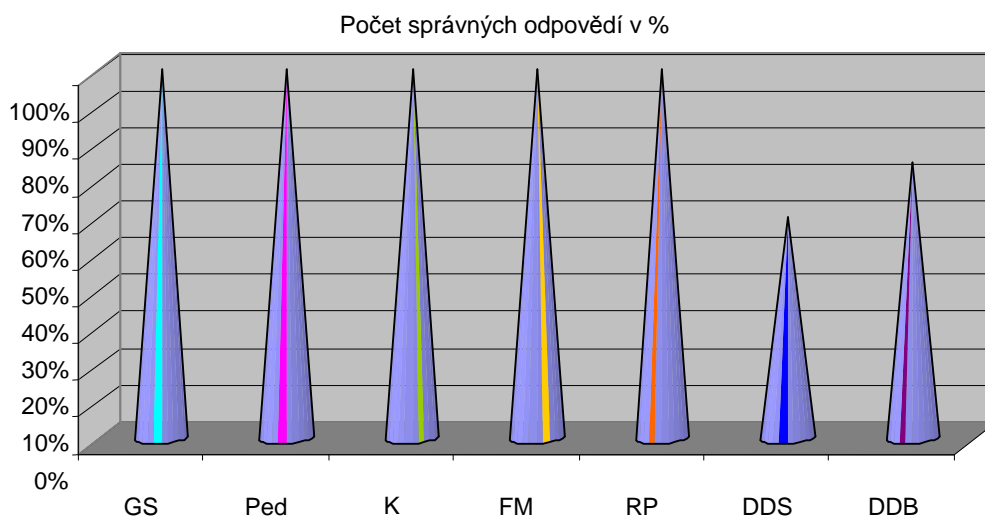
Vyberte správné příznaky mentální anorexieMenstruace: a) pravidelná, b) **nepravidelná**

Tabulka 3 b

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	100%
Ped	100%
K	100%
FM	100%
RP	100%
DDS	60%
DDB	75%

Graf č. 3 b



Tuto otázku zodpověděly téměř všichni správně. Až na DDS a DDB.

Otázka č. 3c

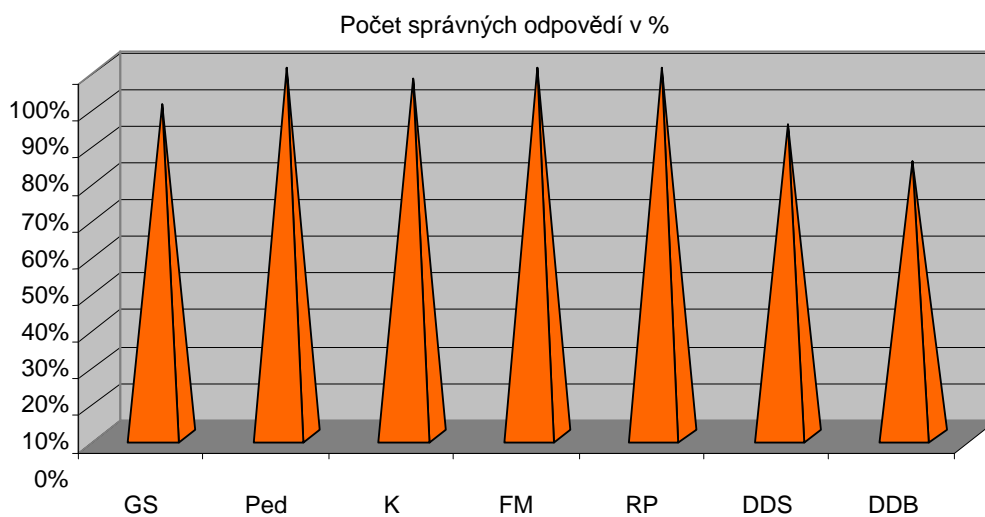
Vyberte správné příznaky mentální anorexiePleť, vlasy, nehty: a) zdravé, b) **porušené**

Tabulka č. 3c

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	90%
Ped	100%
K	97%
FM	100%
RP	100%
DDS	85%
DDB	75%

Graf č. 3c



Tuto otázku nejlépe zodpověděly Ped, RP, FM. Nedostatek informovanosti se projevil nejvíce u DDB.

Otázka č. 4

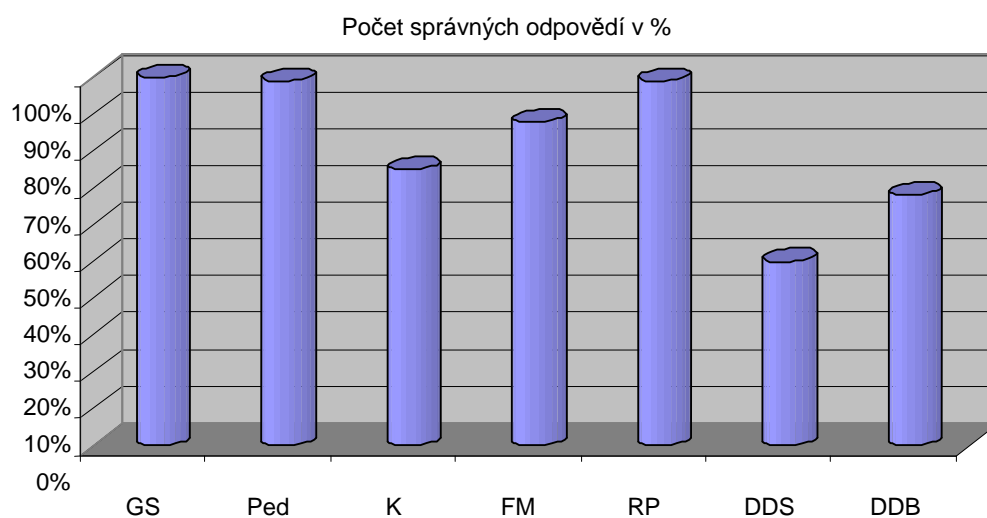
Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věkua) 5-10 let, **b) 10-20 let**, c) 20-30 let, d) 30-40 let

Tabulka č. 4

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	100%
Ped	99%
K	75%
FM	88%
RP	99%
DDS	50%
DDB	68%

Graf č. 4



Otázku č. 4 zodpověděly na 100% pouze GS. To dokazuje, že je jim toto věkové rozmezí nejbližší.

.Otázka č. 5

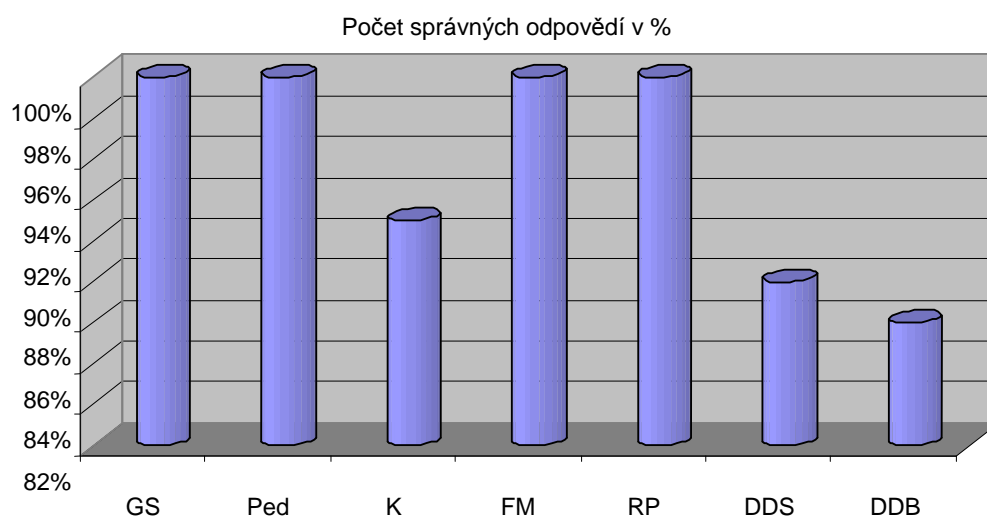
Mentální anorexie postihuje častěji:a) muže, **b) ženy**, c) obě pohlaví stejně

Tabulka č. 5

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	100%
Ped	100%
K	93%
FM	100%
RP	100%
DDS	90%
DDB	88%

Graf č. 5



Tato otázka je zřejmě tak často opakována v dnešní době, že GS, Ped, RP a FM odpověděly správně na 100%.

Otázka č. 6

Počet nemocných s mentální anorexií:

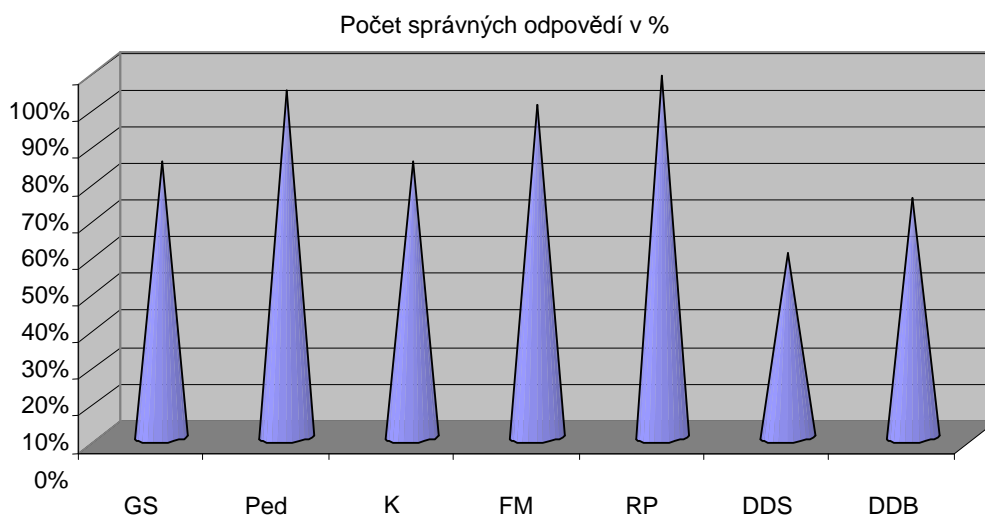
a) stoupá, b) klesá, c) je stejný

Tabulka č. 6

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	75%
Ped	94%
K	75%
FM	90%
RP	98%
DDS	50%
DDB	65%

Graf č. 6



V otázce č. 6 nikdo nedosáhl 100% správné odpovědi. Je zde zřejmé, že ženy nemají takové informace o vývoji poruch příjmu potravy.

Otázka č. 7

Myslíte si, že se mentální anorexie může časem opakovat?

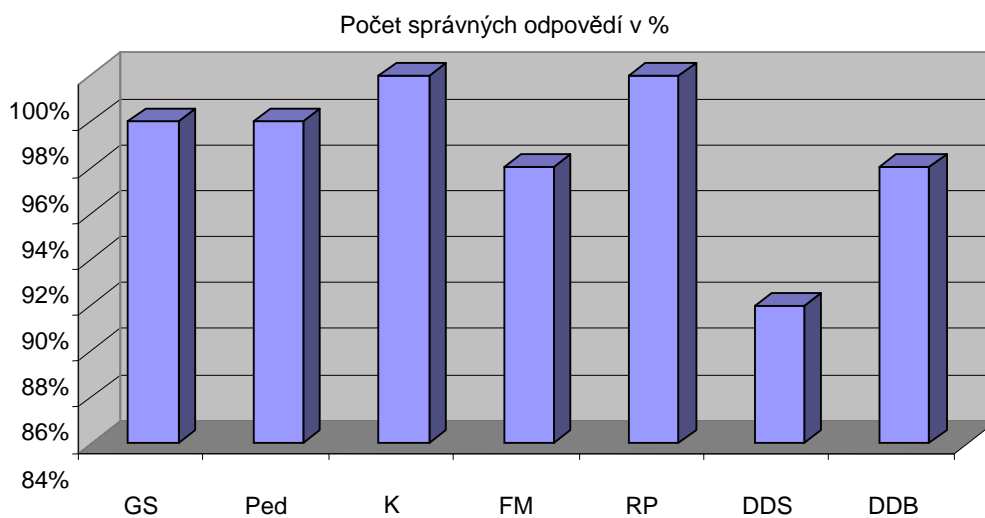
a) ano, b) ne, c) nevím

Tabulka č. 7

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	98%
Ped	98%
K	100%
FM	96%
RP	100%
DDS	90%
DDB	96%

Graf č. 7



Otázka byla správně zodpovězena pouze RP a K.

Otázka č. 8

Které onemocnění je podle Vás závažnější?

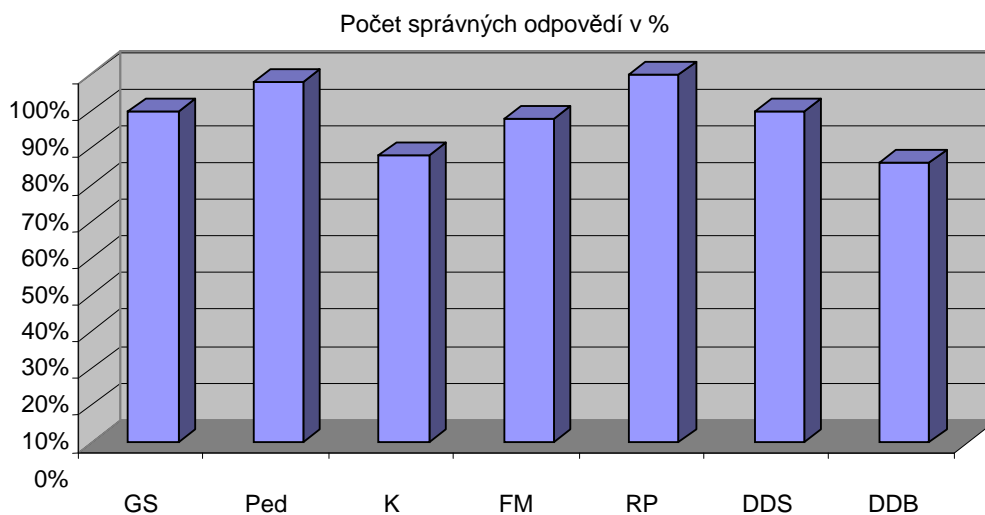
a) mentální anorexie, b) mentální bulimie?

Tabulka č. 8

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	90%
Ped	98%
K	78%
FM	88%
RP	100%
DDS	90%
DDB	76%

Graf č. 8



U zodpovídání této otázky zaváhaly všechny respondentky. Bylo to tedy znát v počtu správných odpovědí. Nejlépe odpovídaly RP.

Otázka č. 9

Myslíte si, že se mohou mentální anorexie a mentální bulimie vzájemně prolínat?

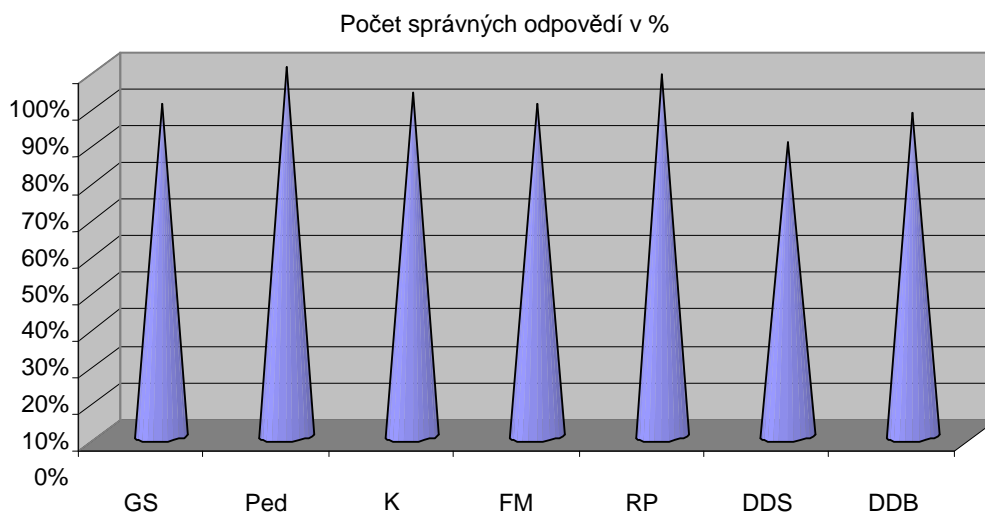
a) ano, b) ne, c) nevím

Tabulka č. 9

Počet správných odpovědí v %.

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	90%
Ped	100%
K	93%
FM	90%
RP	98%
DDS	80%
DDB	88%

Graf č. 9



Zde nejlépe odpovídaly Ped, u kterých je samozřejmě pochopitelné, že v budou vzdělanější a mít všeobecný rozhled.

Otázka č. 10

Kolik by podle Vás měla vážit zdravá 18 letá dívka, která je vysoká 170 cm?

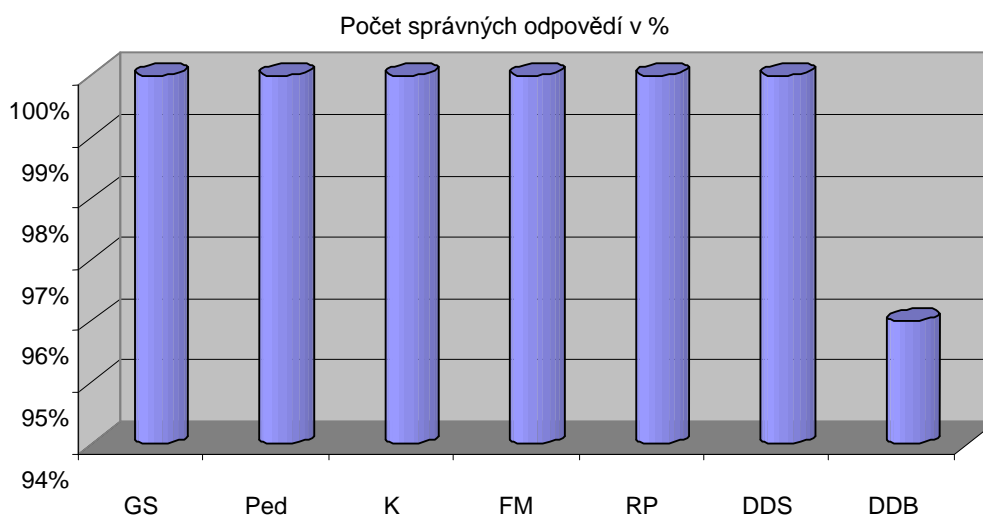
a) méně než 50 kg, b) 55 kg až 70 Kg, c) více než 70 kg.

Tabulka č. 10

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	100%
Ped	100%
K	100%
FM	100%
RP	100%
DDS	100%
DDB	96%

Graf č. 10



Tato otázka byla až na jedinou výjimku zodpovězena na 100%. Jsem ráda, že ženy i v dnešní moderní době (kdy je trendy štíhlost) ještě vědí, jaká je ideální váha.

Otázka č. 11

Víte co je mentální bulimie?

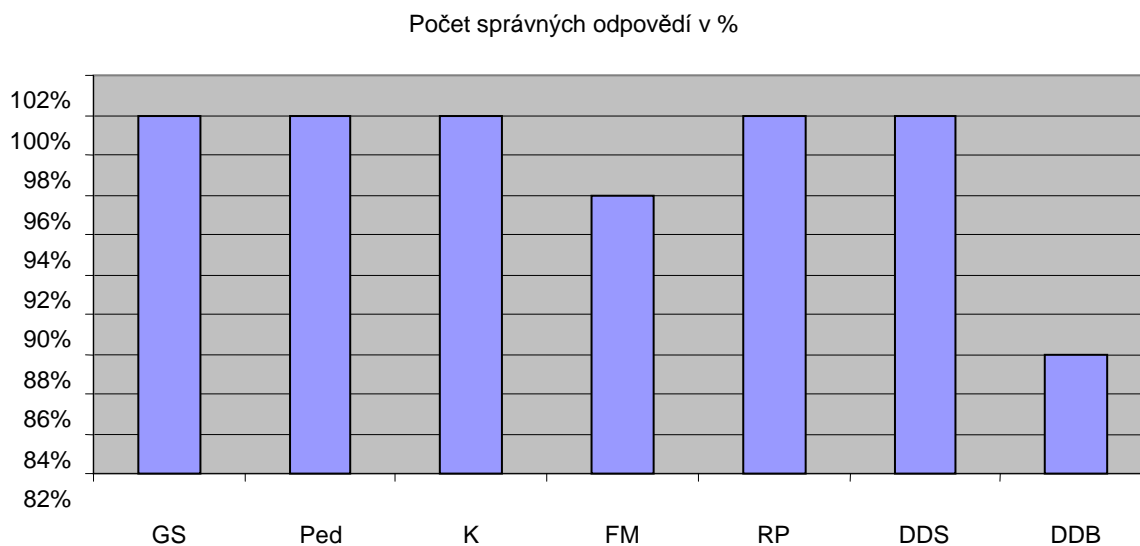
- a) hladovka, **b) onemocnění opakující se záchvaty přejídání s následným zvracením,**
c) onemocnění charakteristické poruchou paměti, d) úmyslné snižování těl.hmotnosti

Tabulka č. 11

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	100%
Ped	100%
K	100%
FM	96%
RP	100%
DDS	100%
DDB	88%

Graf č. 11



Tuto otázku zodpověděly téměř všechny ženy správně, tzn. Na 100%. Mezery měly DDB a FM.

Otázka č. 12 a

Vyberte správné příznaky mentální bulimie

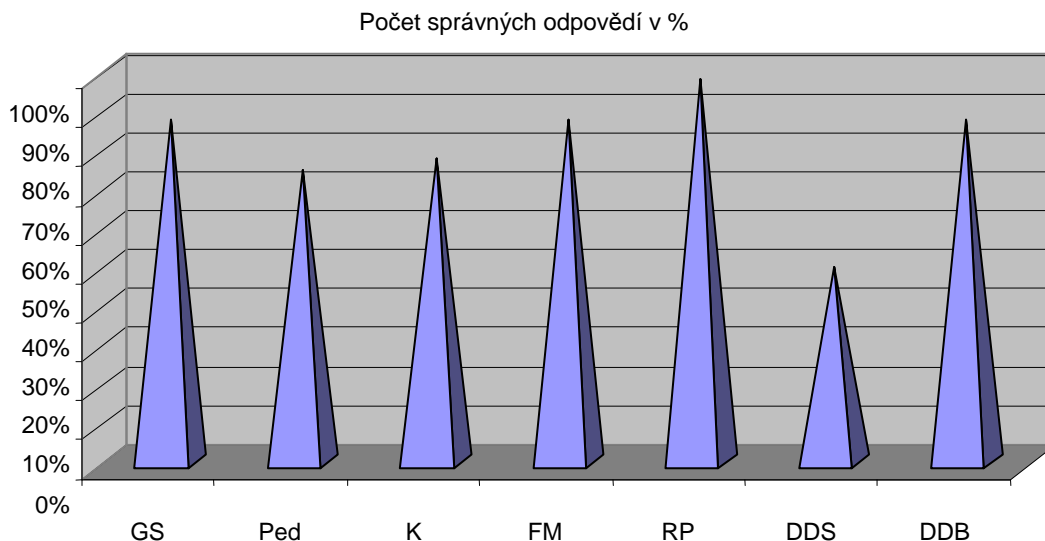
Tělesná váha je: a) pod normálem, **b) kolísavá**, c) nadváha

Tabulka č. 12 a

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	88%
Ped	75%
K	78%
FM	88%
RP	98%
DDS	50%
DDB	88%

Graf č. 12 a



V této otázce nejlépe odpovídaly respondentky RP. Nejméně správných odpovědí měly ženy DDS.

Otázka č. 12 b

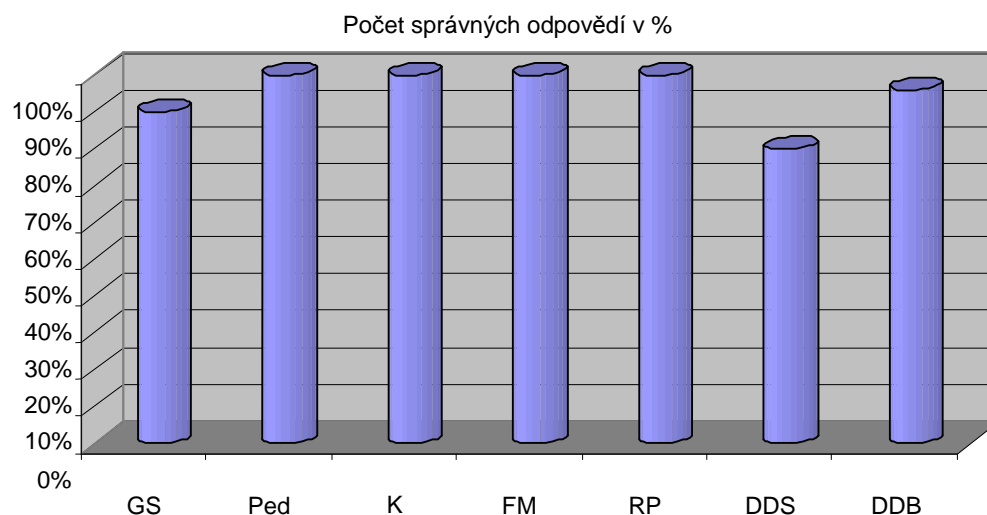
Vyberte správné příznaky mentální bulimieMenstruace: a) pravidelná, b) **nepravidelná**

Tabulka č. 12 b

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	90%
Ped	100%
K	100%
FM	100%
RP	100%
DDS	80%
DDB	96%

Graf č. 12 b



Tato otázka byla poměrně všemi respondentkami zodpovězena správně. Problémy se správnými odpověďmi byly nejvíce u DDS.

Otázka č. 12 c

Vyberte správné příznaky mentální bulimie

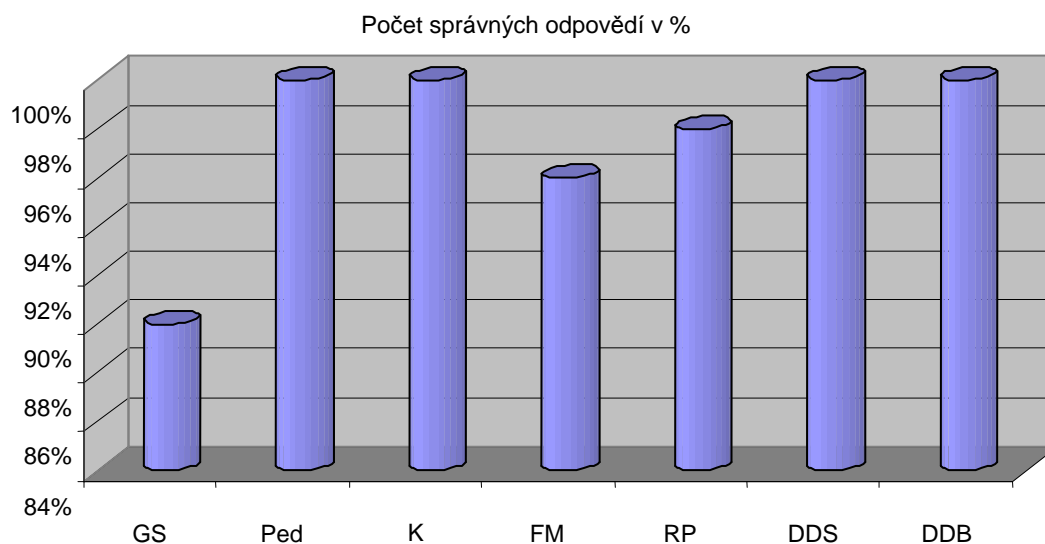
Chrup: a) zdravý, b) poškozený – zvýšená kazivost

Tabulka č. 12 c

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	90%
Ped	100%
K	100%
FM	96%
RP	98%
DDS	100%
DDB	100%

Graf č. 12 c



Zde nejhůře odpovídaly dívky GS. Překvapivě DDS a DDB měly 100%.

Otázka č. 13

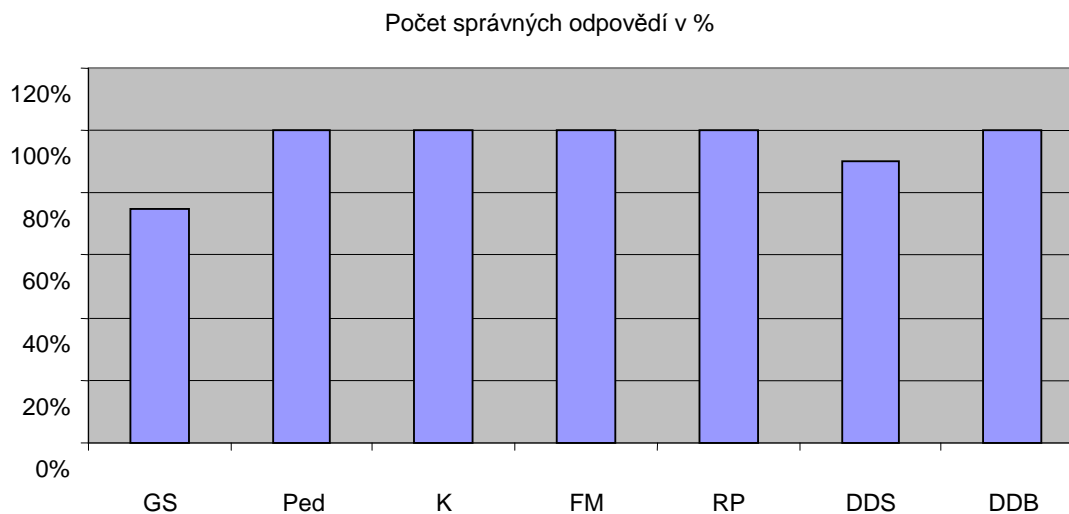
Mentální bulimie začíná nejčastěji v:a) 5-15 let, **b) 15-30 let**, c) 30-50 let.

Tabulka č. 13

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	75%
Ped	100%
K	100%
FM	100%
RP	100%
DDS	90%
DDB	100%

Graf č. 13



Zde jsem byla překvapena, že dívky GS nejsou zde informované, a proto měly nejhorší počet správných odpovědí.

Otázka č. 14

Co podle Vás vede lidi k těmto nemocem?

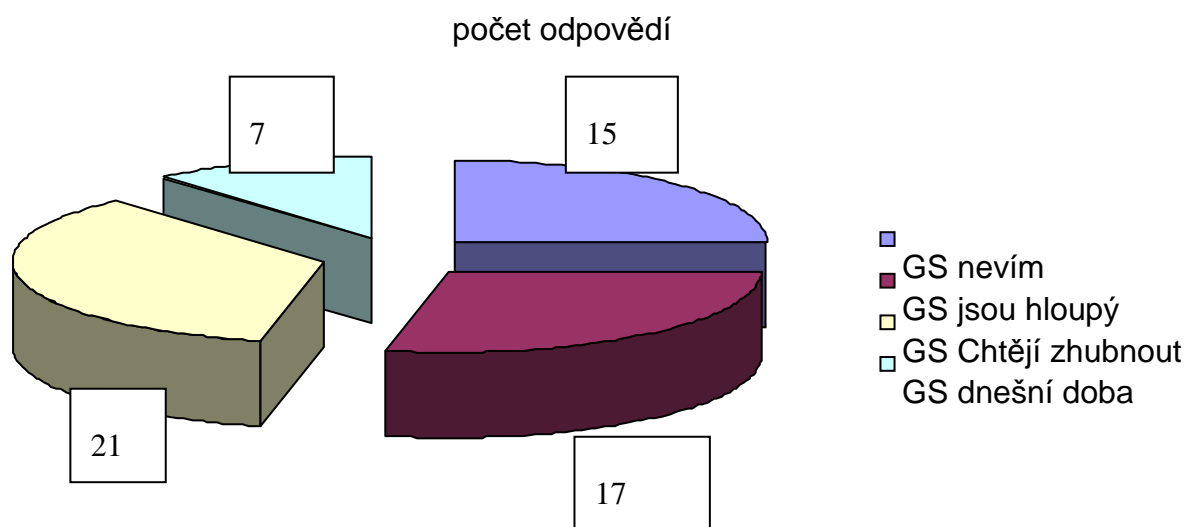
Tabulka č. 14a

Odpovědi respondentek, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Kdo?	odpovědi	počet odpovědí
GS	nevím	15
	jsou hloupý	17
	Chtějí zhubnout	21
	dnešní doba	7
		celkem: 60 respondentek

Graf č. 14a

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Podle respondentek GS si převážná část myslí, že lidi k těmto poruchám vede touha zhubnout.

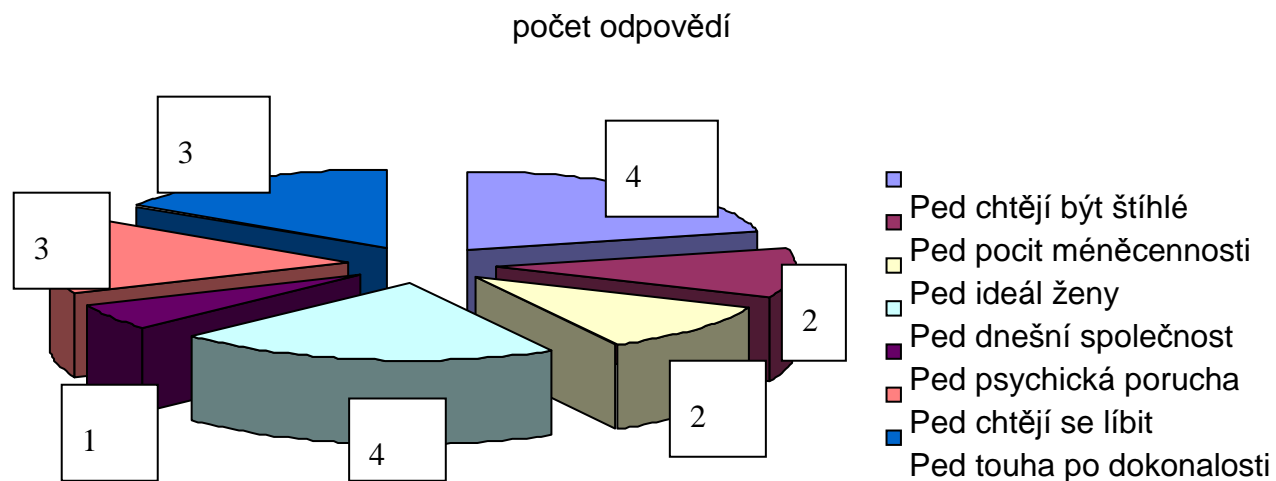
Tabulka č. 14 b

Odpovědi respondentek, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Kdo?	odpovědi	počet odpovědí
Ped	chtějí být štíhlé	4
	pocit méněcennosti	2
	ideál ženy	2
	dnešní společnost	4
	psychická porucha	1
	chtějí se líbit	3
	touha po dokonalosti	3
		celkem 19 respondentek

Graf č. 14 b

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Dle odpovědí respondentek se dá usoudit, že lidi vede k poruchám příjmu potravy nejvíce, že chtějí být štíhlé a také dalším faktorem může být dnešní společnost. Nejméně si myslí, že je to dané vlivem psychické poruchy.

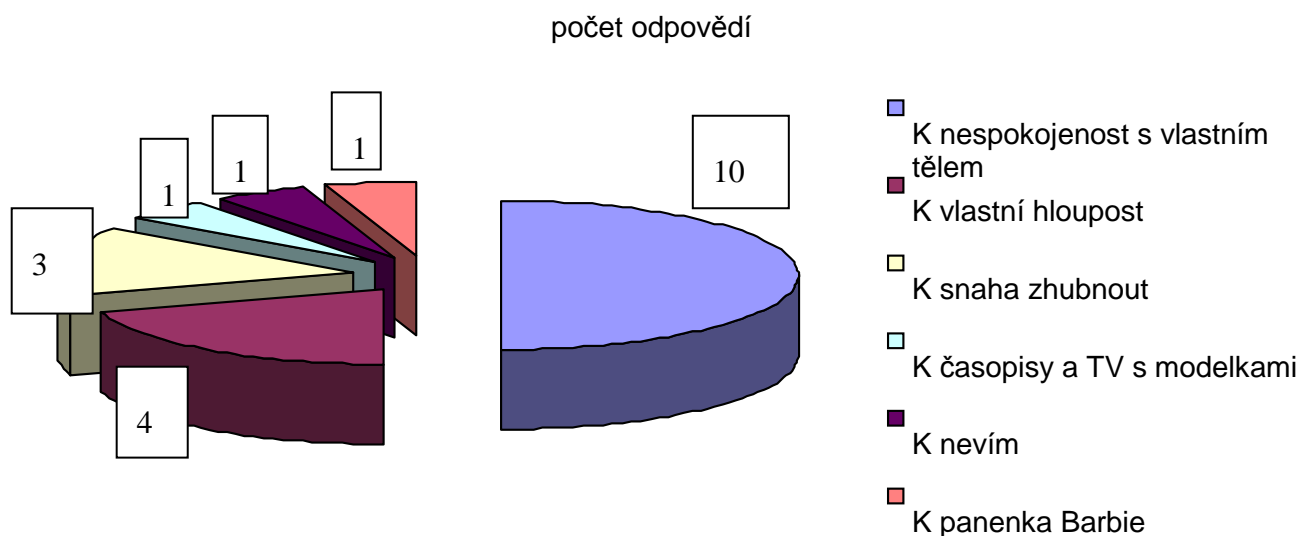
Tabulka č. 14 c

Odpovědi respondentek, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Kdo?	odpovědi	počet odpovědí
K	nespokojenost s vlastním tělem	10
	vlastní hloupost	4
	snaha zhubnout	3
	časopisy a TV s modelkami	1
	nevím	1
	panenka Barbie	1
		celkem 20 respondentek

Graf č. 14c

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii



Dle respondentek, se dá usoudit, že nejvíce vede lidi k onemocnění nespokojenost s vlastním tělem.

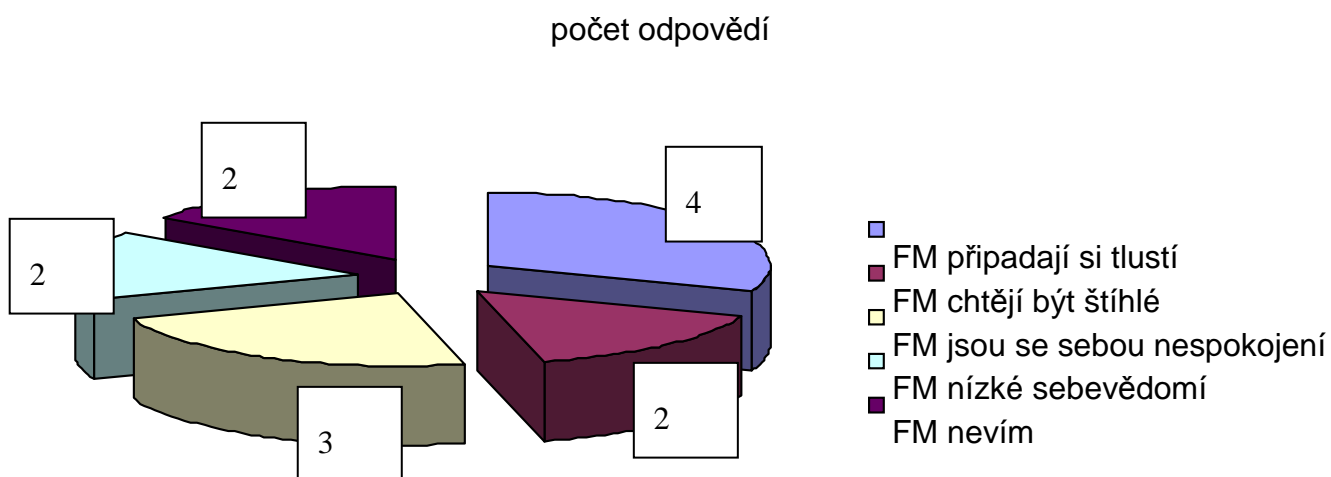
Tabulka č. 14 d

Odpovědi respondentek, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Kdo?	odpovědi	počet odpovědí
FM	připadají si tlustí	4
	chtějí být štíhlé	2
	jsou se sebou nespokojení	3
	nízké sebevědomí	2
	nevím	2
		Celkem: 13 respondentek

Graf č. 14 d

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



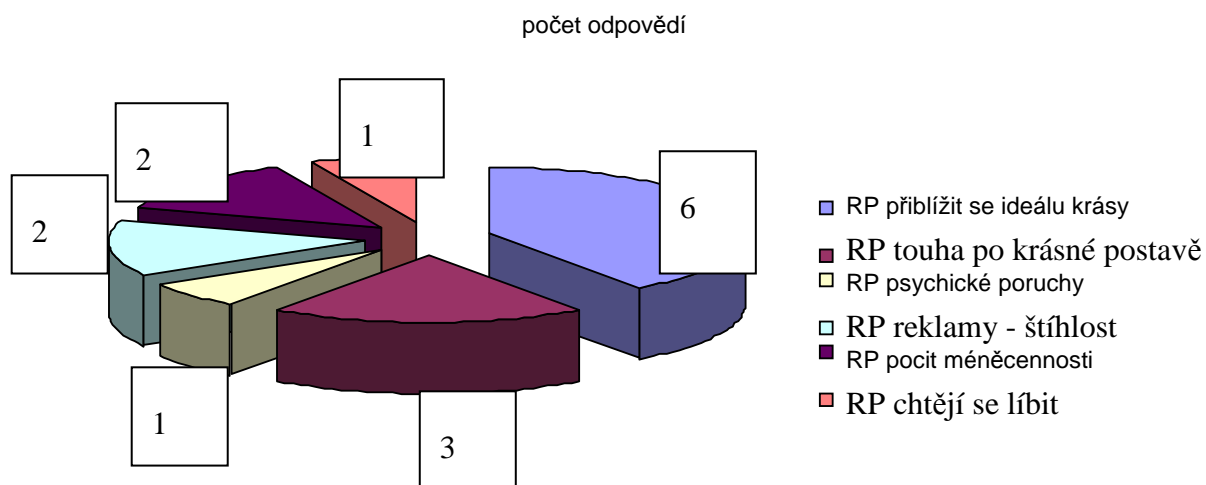
Zde nejvíce respondentek uvedlo jako hlavní příčinu, že si připadají lidé tlustí a jsou nespokojeni se svým tělem.

Tabulka č. 14 e

Odpovědi respondentek, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Kdo?	odpovědi	počet odpovědí
RP	přiblížit se ideálu krásy	6
	touha po krásné postavě	3
	psychické poruchy	1
	reklamy - štíhlost	2
	pocit méněcennosti	2
	chtějí se líbit	1
		celkem 15 respondentek

Graf č. 14 e



Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Nejvíce respondentek odpovídalo, že hlavní příčinou těchto poruch je touha přiblížit se ideálu krásy.

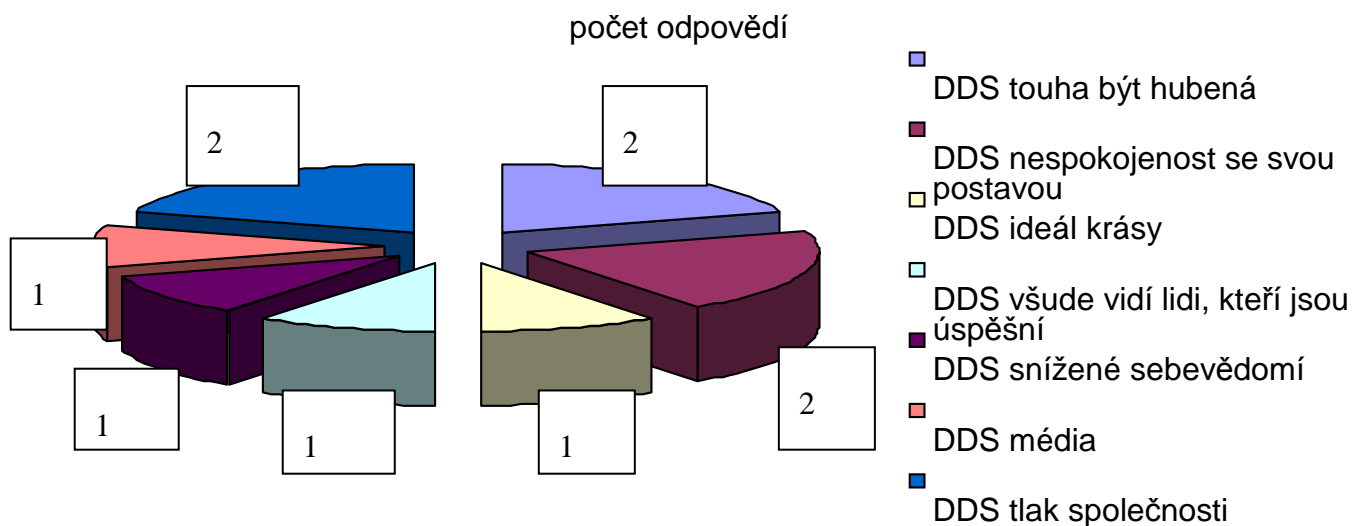
Tabulka č. 14 f

Odpovědi respondentek, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Kdo?	odpovědi	počet odpovědí
DDS	touha být hubená	2
	nespokojenost se svou postavou	2
	ideál krásy	1
	všude vidí lidi, kteří jsou úspěšní	1
	snížené sebevědomí	1
	média	1
	tlak společnosti	2
		Celkem 10 respondentek

Graf č. 14 f

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Překvapivě respondentky DDS zmínily tlak společnosti, který samozřejmě hraje v těchto poruchách velkou roli.

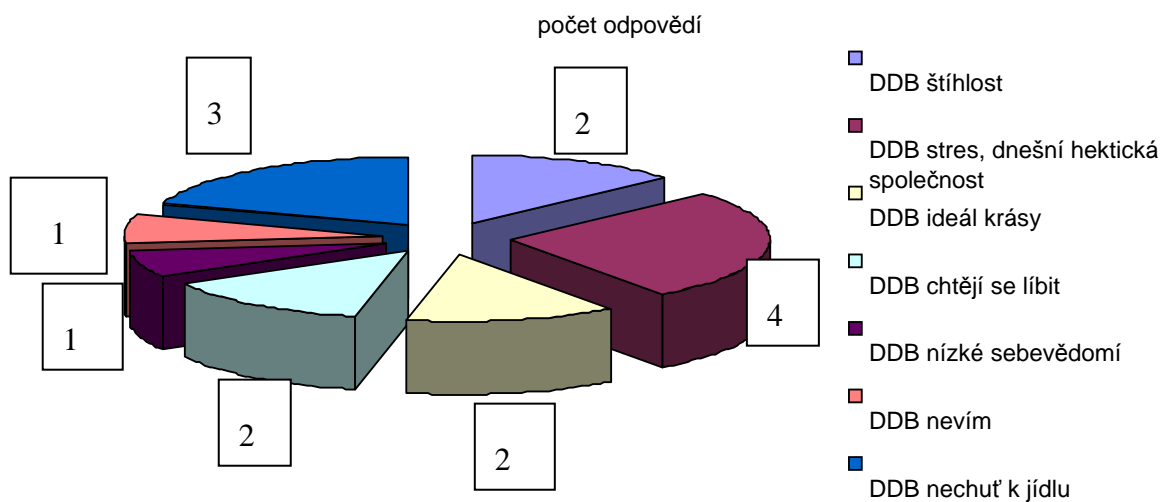
Tabulka č. 14 g

Odpovědi respondentek, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.

Kdo?	odpovědi	počet odpovědí
DDB	štíhlost	2
	stres, dnešní hektická společnost	4
	ideál krásy	2
	chtějí se líbit	2
	nízké sebevědomí	1
	nevím	1
	nechuť k jídlu	3
		Celkem 15 respondentek

Graf č. 14 g

Grafické znázornění odpovědí, co vede lidi k mentální anorexii a bulimii.



Zde nejvíce ženy v důchodovém věku uvedly, že nejčastější příčinou poruch příjmu potravy je stres a dnešní hektická společnost.

Otázka č. 15

Myslíte si, že tyto onemocnění se více vyskytovaly zhruba před 30 lety nebo se více vyskytují nyní?

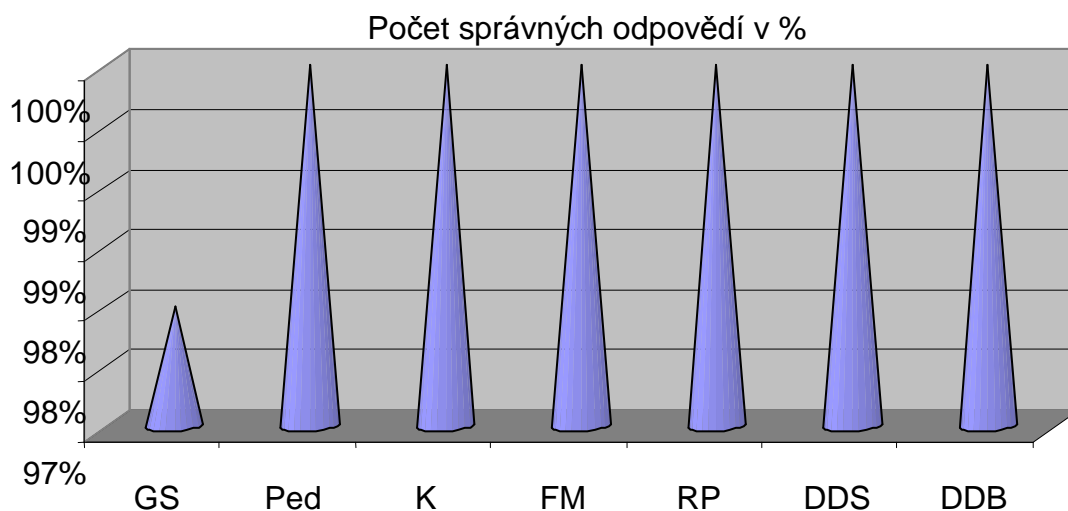
a) dříve, **b) nyní**

Tabulka č. 15

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	98%
Ped	100%
K	100%
FM	100%
RP	100%
DDS	100%
DDB	100%

Graf. č. 15



Zde se zdá, že respondentky mají přehled o tom, že toto onemocnění je problémem dnešní doby.

Otázka č. 16

Myslíte si, že těmito poruchami trpí více mediálně známé hvězdy nebo běžní občané?

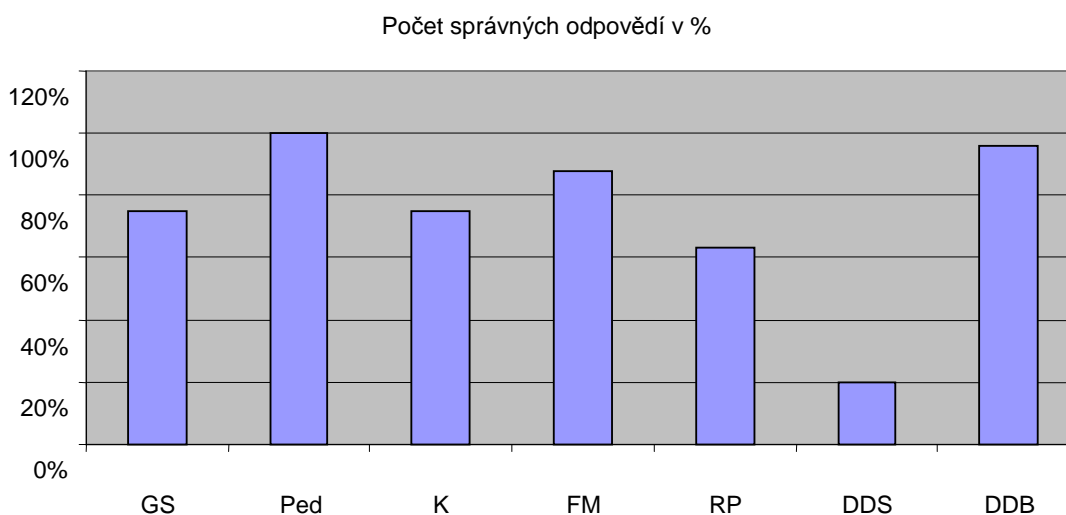
a) mediálně známé hvězdy, b) běžní občané, c) nerozhoduje postavení ve společnosti

Tabulka č. 16

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	75%
Ped	100%
K	75%
FM	88%
RP	63%
DDS	20%
DDB	96%

Graf č. 16



Tato otázka byla položena záměrně, abych zjistila jejich osobní názor na tuto problematiku. Ovšem odpověď je pouze jediná správná- a to, že u poruch příjmu potravy nezáleží na postavení ve společnosti.

Otázka č.17

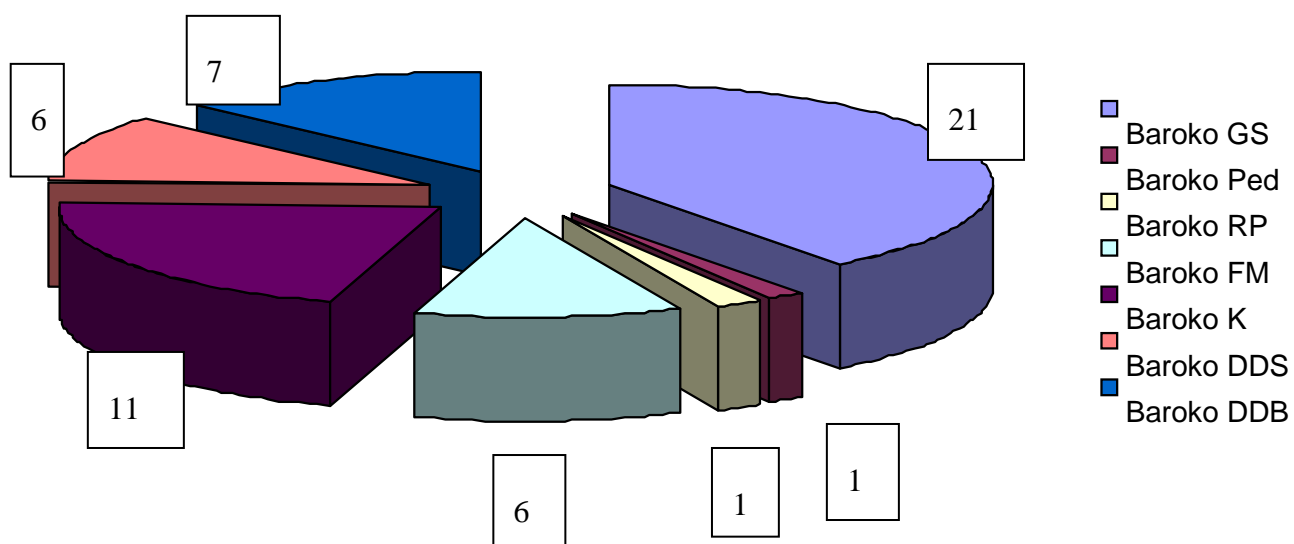
V jakém období měly, dle Vašeho názoru, ženy nejideálnější postavu?

baroko, b) klasicismus, c) secese, d) současnost

Tabulka č. 17 a

období	kdo?	počet odpovědí
Baroko	GS	21
	Ped	1
	RP	1
	FM	6
	K	11
	DDS	6
	DDB	7

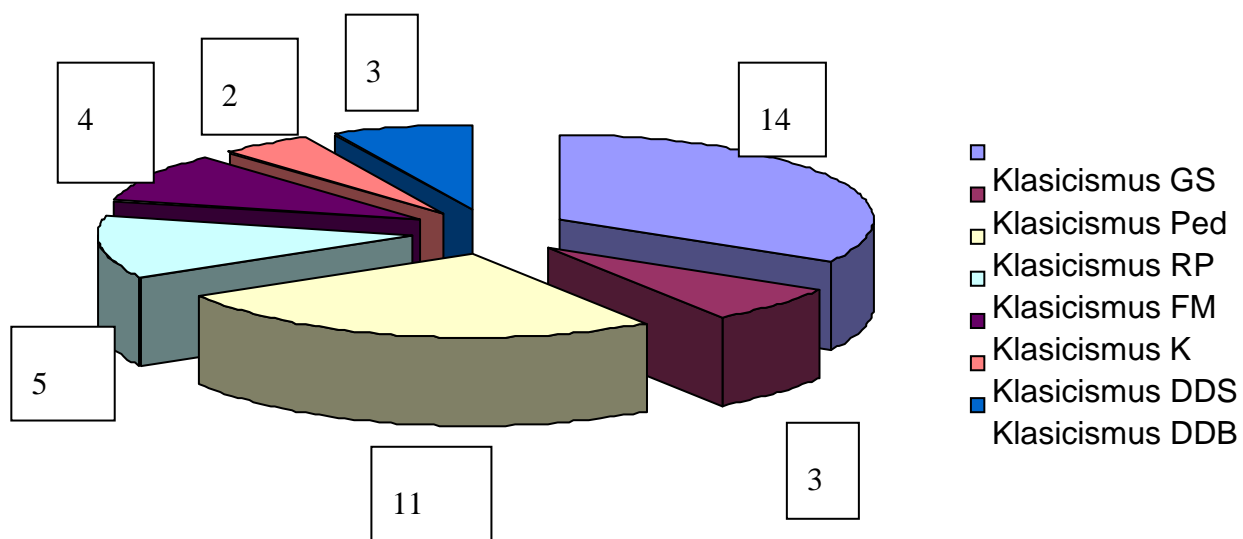
Graf č. 17 a



Tabulka č. 17 b

období	kdo?	počet odpovědí
Klasicismus	GS	14
	Ped	3
	RP	11
	FM	5
	K	4
	DDS	2
	DDB	3

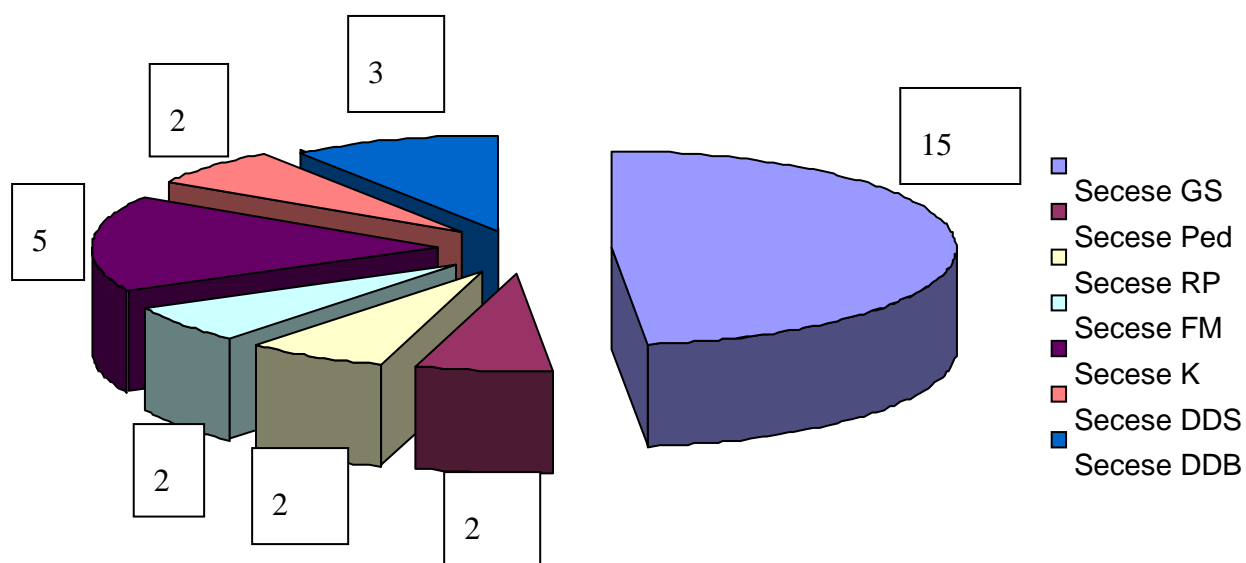
Graf č. 17 b



Tabulka č. 17 c

období	kdo?	počet odpovědí
Secese	GS	15
	Ped	2
	RP	2
	FM	2
	K	5
	DDS	2
	DDB	3

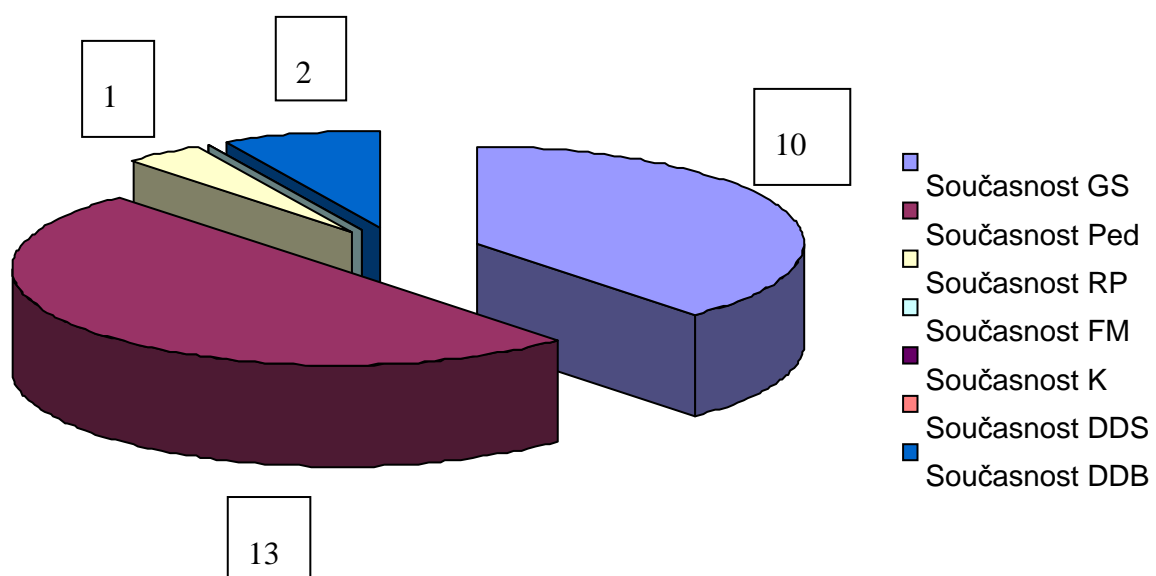
Graf č. 17 c



Tabulka č. 17 d

období	kdo?	počet odpovědí
Současnost	GS	10
	Ped	13
	RP	1
	FM	0
	K	0
	DDS	0
	DDB	2

Graf č.17 d



Otázka č. 18

Myslíte si, že v období 1. republiky ženy trpěly MB a MA stejně jako nyní?

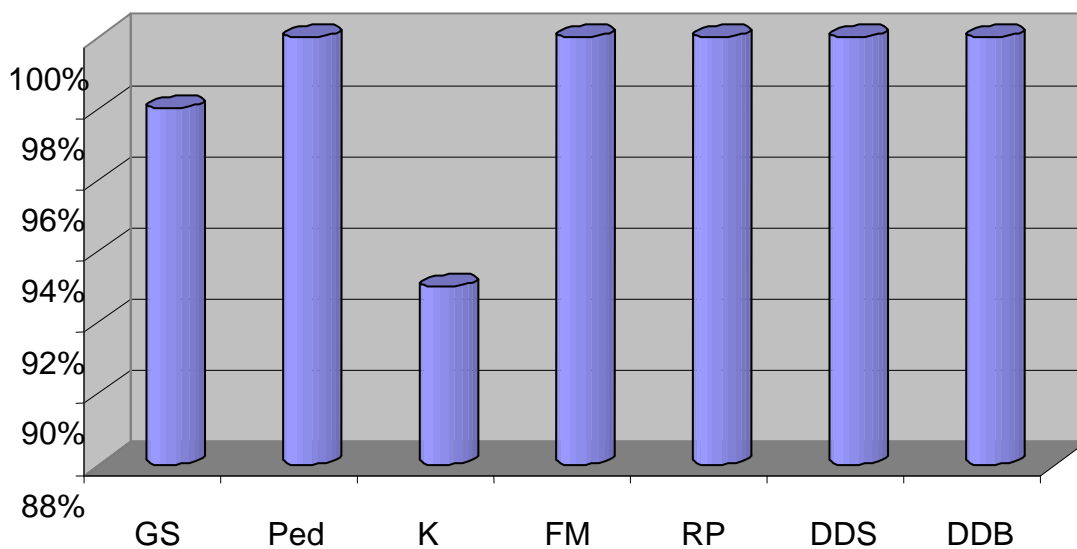
a) ano, **b) ne**, c) nevím

Tabulka č. 18

Počet správných odpovědí v %

Název	Počet správných odpovědí v %
GS	98%
Ped	100%
K	93%
FM	100%
RP	100%
DDS	100%
DDB	100%

Graf č. 18



Tato otázka byla nejlépe zodpovězena DDS a DDB, což napovídá o tom, že jim tato doba blízká.

12.7. Závěr šetření

V prvních otázkách jsem zjišťovala, zda-li respondentky znají pojem mentální anorexie, příznaky, nejčastější věk patientek a pohlaví, které je více ohroženo. Byla jsem překvapena, že ženy mají všeobecný přehled. Výjimkou byly ženy v DDB a DDS. V dalších otázkách jsem se okrajově zaměřila na mentální bulimii- definice, příznaky a opět věk patientek. Také je-li možné, aby se tyto dvě různorodá onemocnění prolínala. U této otázky mě překvapilo, že úspěšnost správných odpovědí byla od 80% a výše. Dá předpokládat, že ženy jsou do jisté míry informovány. V posledních otázkách jsem se zaměřovala na historii a současnost poruch příjmu potravy- jejich rozdílnost. Otázka 17. byla stanovena záměrně tak, aby ženy poukázaly na svůj názor ohledně historických období. Celkové shrnutí správných odpovědí: nejlépe odpovídaly ženy Ped a RP. Nejhorší ženy v DDS a DDB.

Ze stanovených hypotéz se mi dvě potvrdily, jedna vyvrátila a konkrétně H2 byla nerozhodná.

H1 – Předpokládám, že více bude informována o poruchách příjmu potravy dnešní mladá generace dívek.

Po vyhodnocení dotazníků jsem došla k výsledku, že tato hypotéza se mi potvrdila. Celkově lépe odpovídaly dívky GS než např. DDB a DDS. Je to logické, toto onemocnění je problémem dnešní doby. A za mládí DDS a DDB se tyto poruchy sice vyskytovaly, ale v nesrovnatelně menší míře a nemluvílo se o tom tolik. Dnes je toto téma všude publikováno.

H2 – Předpokládám, že dnešní mladá generace nebude mít dostatečný přehled o historickém vývoji poruch příjmu potravy.

Hypotéza číslo 2 se mi po vyhodnocení dotazníků částečně potvrdila, ale i vyvrátila. Některé otázky zaměřené na historii zodpověděly správně, ale někde váhaly, tudíž odpověděly nesprávně. Zde těžké objektivně vyhodnotit, zda-li jsou dostatečně informovány o historii.

H3- Předpokládám, že dnešní mladá generace a ženy do středního věku budou mít větší znalost o zdravotních následcích poruch příjmu potravy, než-li ženy ve starším a důchodovém věku

Hypotéza č. 3 se mi potvrdila na základě vyhodnocení položených otázek, které se týkaly příznaků, definic a věku pacientek u poruch příjmu potravy. Konkrétně u ot. 3 ženy DDS a DDB odpovídaly znatelně hůře, než-li ostatní respondentky.

H4- Předpokládám, že veškeré respondentky budou volit nejideálnější postavu ženy v současnosti.

Hypotéza č. 4 se mi nepotvrdila. Čekala jsem, že např. GS, kteří žijí v nynější době a o historii se mnohdy nezajímají, budou volit současnost. Ale tak se nestalo. K mému překvapení se veškeré respondentky více méně rozložily do nabízených historických období. A současnost zmínily jen v malé míře.

13. PRAXE

Jako studentka třetího ročníku VOŠ soc.a pedag.jsem absolvovala dvě praxe blokové (na podzim r. 2008 a na přelomu února a března 2009) a jednu praxi průběžnou (duben 2009) v benešovském K-centru. Zde jsem se setkala s pacientkami trpící anorexií – téměř vždy díky drogám. Setkala jsem se i s případem maminky, která si přišla pro radu, že její dcera trpí anorexií a nemůže ji přesvědčit, aby se šla léčit. Bylo to velmi těžké radit a vědět, že maminky dcera se pravděpodobně nenechá přesvědčit, aby vyhledala pomoc odborníků. Zde pro příklad uvedu kasuistiku dívky, která díky drogám začala trpět anorexií. Tento příběh má ale šťastný konec a to není vždy bohužel pravidlem.

Kasuistika:

Osobní údaje: dívka Tereza, nar. 4.12.1986 v Benešově, bytem Jiráskova ul. 112, okr. Benešov, matka úřednice, otec řidič, mladší sestra z druhého manželství matky.

Klientka navštěvuje K-centrum již šestým rokem. ZŠ ukončila v Benešově. Rodiče se v té době rozváděli. Škola ji přestávala bavit, odrazilo se to na závěrečných známkách. Začala utíkat z domova za partou, kde ji bylo lépe. Utíkala před stresem a napětím, hádkami doma. Otec si našel milenkou. Po ukončení povinné školní docházky byla přijata na OU Benešov. V prvním ročníku měla několik pohlavních styků pod vlivem alkoholu a bez ochrany. V důsledku toho otěhotněla. S tímto problémem vyhledala

K-centrum, poté co jej navštívila v rámci exkurze se školou. Na doporučení gynekologa, matky, partnera a školy podstoupila přerušení těhotenství. V té době se stýkala s vrstevníky, kteří brali drogy. Ona začala experimentovat s pervitinem, heroinem, kokainem, extází a kouřila pravidelně marihuanu. Školu s problémy dokončila, příležitostně si hledala práci. V té době díky pervitinu přestala jíst. Jídlo nepotřebovala. Jedla jen když to bylo nezbytně nutné a to ještě vždy, když si přišla do K-centra na výměnu. Začala být doslova jen kost a kůže. Díky drogám ji to bylo jedno. Naštěstí, ještě před totálním skolabováním, zjistila, že je opět těhotná. Tentokrát si dítě a nechala a stalo se pro ni motivací dostat se z toho začarovaného kruhu ven. Letos porodila zdravého syna Jakuba, váha 3,70 kg, výška 53 cm. V průběhu druhého těhotenství odmítala chodit na gynekologii, protože v prvních třech měsících brala ještě pervitin a kouřila marihuanu. Po porodu velmi zodpovědně pečuje o své dítě, má byt, milujícího partnera Tomáše, pracuje jako skladník. Tereza na drogy už chuť nemá a na jídlo ano.

14. ZÁVĚR

V této teoretické práci jsem se zaměřila na vymezení pojmu mentální anorexie a bulimie. Hlavním stěžejním bodem byla historie a vývoj poruch příjmu potravy. K tomu jsem připojila léčbu a možnosti terapie pro lidi trpící těmito poruchami. V praktické části jsem použila dvě metody šetření- dotazník a kasuistiku. Dotazník byl rozdán 152 respondentkám. Záměrně jsem zvolila ženy, protože se jich toto onemocnění týká nejvíce a většinou jsou sdílnější a ochotnější při vyplňování dotazníku. A mají také větší míru informovanosti o této problematice. Přišlo mi to objektivnější, což jsem ke své práci potřebovala. Druhou metodou byla kasuistika dívky, která se léčila v K-centru a trpěla mentální anorexií díky závislosti na drogách.

Při počátku šetření jsem si stanovila čtyři hypotézy. Po vyhodnocení dotazníku a jejich grafickém znázornění jsem došla k závěru, že se mi dvě hypotézy potvrdily, jedna zcela vyvrátila a jedna zůstala neurčitá.

Celkově obohatila tato práce i mne o mnoho nových poznatků. Nemyslím tím jen teorii, ale i praktickou část. Při vyhodnocování dotazníků jsem si udělala svůj vlastní obrázek o míře informovanosti žen o poruchách příjmu potravy.

Byla jsem potěšena z milého přístupu a ochoty všech respondentek. Dále mě udivilo, že ženy RP mě po vyplnění dotazníků požádaly o bližší informace o této problematice. Byla ráda, že své nově získané vědomosti mohou předat dále.

Je očividné, že lidí trpících mentální anorexií a bulimií bude stále přibývat, avšak přála bych si, aby lidí s těmito poruchami naopak ubývalo. Snad do budoucna moderní svět zmoudří a změní se ideál ženské krásy. Aby už nikdo nemusel trpět.

15. SUMMARY:

History and present of eating disorders

Historie a současnost poruch příjmu potravy

(Autorka: Matoušková Lenka, Dis.)

Eating disorders make characteristic problem of current world in many ways. Eating disorders are extreme and simplified answer on a complicated question of personal satisfaction and sociable as well as health.

We are surrounded by media which show beauty bodies. Television programmes, films, magazines for women and men – everywhere we meet with an idea, that beauty, young and feminine body is a guarantee of personal happiness. And unfortunately: not only the guarantee, but even requirement.

I have chosen this topic for its topicality. It can be expected, that a number of disorders by anorexia nervosa and bulimia will still increase and society will have to deal with it.

In the practical part, I followed the criteria, with the history and presence of eating disorders. I gave questionnaires to 152 respondents with questions related to this issue. I set out four hypotheses in total. The result was that the two hypotheses were confirmed two hypotheses were refuted. After the questionnaire, the second method in the practical part is the case study, based on experience that I gained through my experience at the „K-Centre“. The annex I contains for example a manual for treating anorexia at the Charles University Psychiatric Clinic in Prague 2, pictures of girls suffering from anorexia nervosa, organizations that deal with the treatment of eating disorders and statements from a girl who suffered from both anorexia nervosa and bulimia nervosa.